

健康診断書

| | | | | | | | |
|--|---------|-----------------|----------|---|---|---|------------|
| フリガナ 氏名 | 男 女 | 生年月日 (年齢) | 昭和 平成 | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 住所 | ☎ () | | | | | | |
| 身長 | . cm | エックス線 (フィルム番号) | | | | | |
| 体重 | . kg | | | | | | |
| | . | | | | | | |
| 眼 | 左 | | | | | | |
| | . (.) | . (.) | | | | | |
| 色覚 | | | | | | | |
| 聴力 | | | | | | | |
| 血圧 | ~ | | | | | | 自覚症状及び他覚症状 |
| 尿 | 糖 | 蛋白質 | | | | | |
| | | | | | | | |
| 総合所見： | | | | | | | |
| 令和 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名 | | | | | | | |

㊞