

## 健康診断書

フリガナ 氏名	男 女	生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)	
住所	電話 ( )			
身長	・ cm	エックス線 (フィルム番号 )		
体重	・ kg			
胸囲	・ cm			
眼	視力	左 ・ ( ・ )	右 ・ ( ・ )	既往歴
	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：				
年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名				
			印	