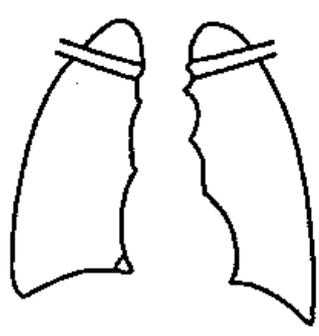


健康診断書

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	胸部単純レントゲン (撮影年月日:) 	
体重	. kg		
	.		
眼	視力	左 . (.)	右 . (.)
		既往歴	
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