

健康診断書

氏名		男女	生年月日	年 月 日 (満 歳)
身長	cm		血 圧	/ mmHg
体重	kg		胸部レントゲン	直接撮影 間接撮影 (フィルム番号)
座高	cm			
視力	右	()		異常なし 所見あり
	左	()		
色覚	正 常 ・ 異 常			
眼の疾患及び異常				
聴力	右	正常・異常 ()	疾病及び 身体機能 障害の有 無	異常なし 所見あり
	左	正常・異常 ()		
尿検査	蛋白			
	糖			
	潜血			
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医 師 印</p>				