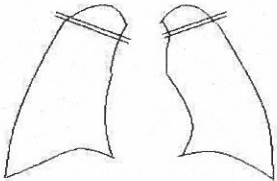


# 健康診断書

住 所						
氏 名				性 別	男 ・ 女	
生年月日	年    月    日		年 齡	才		
既往症						
身体所見						
身 長	.                    cm		体 重	.                    kg		
視 力	左	.    矯正(    .    )		聴 力	左	
	右	.    矯正(    .    )			右	
胸 部 X 線 検 査	間接・直接 No.                                  月    日撮影			検 尿	蛋白	
	所見  				糖	
					ウロビリノーゲン	
				血 圧	～                    mmHg	
総合所見						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">平成    年    月    日</p> <p>医療機関名 所在地 医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>						