

(様式3)

## 健康診断書

氏名		性別		生年月日 (年齢)	平成 年 月 日生 ( 歳)			
住所								
既往症			胸部 X 線検査					
身長	cm		撮影年月日 直接・間接 No.					
体重	kg		所見					
胸囲	cm							
視力 (A B C D 記入は 右端)	右 . ( . )	( )						
	左 . ( . )	( )	感覚器、呼吸器 循環器、消化器 神経系、その他 の病名及び所見					
聴力	右							
	左							
尿検査	蛋白 ( )		最高					
	糖 ( )					最低		
	ウロビリノーゲン ( )							
その他 検査			血 圧	mm Hg	mm Hg			
			そ の 他 留 意 事 項					
上記のとおり診断します								
令和 年 月 日								
医療機関名								
医師氏名								
印								