


健康診断書

氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生
住所				
身長	. cm	血 圧	最大	mmHg
体重	. kg		最小	mmHg
視力	右 矯正 ()	尿 検 査	蛋 白	- ± +
	左 矯正 ()		糖	- ± +
既往歴	無 ・ 有	自覚症状 及び治療 中の疾患	無 ・ 有	
胸部X線 検 査	平成 年 月 日撮影		〔所 見〕	
	 <ul style="list-style-type: none"> ・ 異常なし ・ 異常あり 			
総合判定	<ul style="list-style-type: none"> ・ 異常なし ・ 要注意 ・ 要治療 ・ 治療継続 	〔所 見〕		
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 所在地 印 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医療機関名 </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 医師名 </div>				