

健康診断書

ふりがな				性別	男 ・ 女		
氏名				生年月日	年 月 日		
住所							
視力	右		矯正 ()	身長	cm	体重	kg
	左		矯正 ()				
聴力	右			血圧	mmHg		
	左						
胸部 X線 検査	X線 間接 (所見)			検尿	糖 ()		
	直接 (平成 年 月 日撮影)				蛋白 ()		
ウロビリノーゲン ()							
既往症							
自覚症状							
就業上の注意事項等 医師の指示							
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 印</p>							