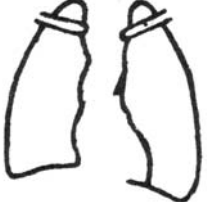


# 健康診断書

氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

年 月 日生

身長 cm	体重 kg	眼疾	色神	
視力 (右) ( ) (左) ( )		聴力		
血圧 / mmlg		検尿 蛋白 ( ) 糖 ( ) ウロビリ( )		
既往歴		精神疾患等		
その他の特記事項				
胸部X線所見 		診察理学所見		
		手の皮膚疾患 なし、あり( )		
総合診断				

上記の通り診断いたします

平成 年 月 日

医師

