

健康診査書

住 所			
氏 名		既 往 症	
生 年 月 日	平成 年 月 日	眼 疾	
身 長	cm	耳 疾	
体 重	kg	皮 膚 疾 患	
胸 囲	cm	呼 吸 器 疾 患	
視 力	右 ()	循 環 器 疾 患	
	左 ()	そ の 他 の 疾 病 異 常	
聴 力	右		胸 部 X 線 検 査
	左	所 見	
運 動 障 害			
血 圧	～ mm Hg		
検 尿	蛋白 () 糖 ()		
	ウロビリノーゲン ()		
特 記 事 項			

検査の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

検査所名

検査医氏名

