

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) 直接 (年 月 日撮影)			検尿	糖 () 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>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</p> <p style="text-align: right;">印</p>							