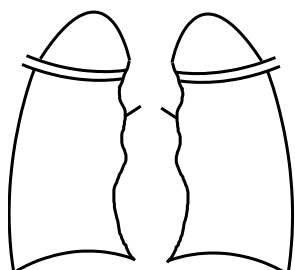


健康診断書

| | |
|---------------------------------------|--|
| フリガナ | 胸部X線 撮影 年 月 日 |
| 氏名 | 検査 レントゲンNo. |
| 男 女 | (直接) 異常所見 無 ・ 有 |
| 生年月日 平成 年 月 日 |  |
| 現住所 | |
| 身長 _____ cm | |
| 体重 _____ kg | |
| 胸囲 _____ cm | |
| 血圧 _____ / _____ | 総合所見 |
| 視力 右 () 左 () | |
| 色覚 正常 ・ 異常 | |
| 聴力 右 1000Hz 正常 ・ 異常 4000Hz 正常 ・ 異常 | |
| 左 1000Hz 正常 ・ 異常 4000Hz 正常 ・ 異常 | |
| 検尿 糖 - ± + | |
| 蛋白 - ± + | |
| 潜血 - ± + | |
| ウロビリ - ± + | |
| HBs 抗原 | |
| 既往歴 特記すべき事項 無 ・ 有 | |

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師

㊟