健　康　診　断　書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | | 性　　別 | | 男　・　女 | | | | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | | | | |
| 住　所 |  | | | | | | | 年齢 | 歳 |
| 既往症 |  | | 血　圧 | ～　　　　　　　mmHg | | | | | |
| 尿検査 | 糖 | |  | | | |
| 身　長 | cm | | 蛋白 | |  | | | |
| 胸部エックス線検査 | 撮影月日 | | | 年　　　月　　　日 | | |
| 体　重 | kg | | 間接  直接 | | | | | |
| 視　力 | 右 | （　　　　） |
| 左 | （　　　　） |
| 聴　力 | 右 | 所見なし　　所見あり | その他の所見 |  | | | | | |
| 左 | 所見なし　　所見あり |
| 備　考 |  | | | | | | | | |
| 上記のとおり診断します。  　　　　　　　　年　　　月　　　日  施設名  医　師　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | | | |