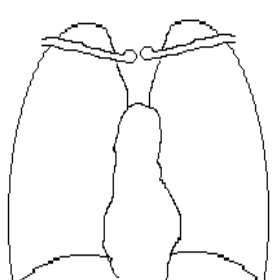


# 健康診断書

|  |   |          |       |   |                 |              |           |    |
|--|---|----------|-------|---|-----------------|--------------|-----------|----|
| 住所   |   |          |       |   |                 |              |           |    |
| 氏名   |   | 男・女      |       | 才 | 生年月日            | 年            | 月         | 日生 |
| 既往症  | 有 | 傷病名      | 発病年月日 |   | 症 状             |              |           |    |
|  | 無 |          |       |   |                 |              |           |    |
| 身長   |   | cm       | 体重    |   | kg              | 視力 右<br>(矯正) | 左<br>(矯正) |    |
| 聴力   |   |          |       |   | 血圧 最高           |              | 最低        |    |
| 尿 蛋白(陰性・陽性)  |   | 糖(陰性・陽性) |       |   | ウロビリノーゲン(正常・異常) |              |           |    |
| X線検査   |   | 総合所見     |       |   |                 |              |           |    |
| 年 月 日  |   |          |       |   |                 |              |           |    |
|  |   |          |       |   |                 |              |           |    |
| ( 直接 ・ 間接 )  |   |          |       |   |                 |              |           |    |
| 上記の通り診断する。   |   |          |       |   | 年 月 日           |              |           |    |
| 住 所  |   |          |       |   |                 |              |           |    |
| 検診機関名  |   |          |       |   |                 |              |           |    |
| 医 師  |   |          |       |   | 印               |              |           |    |