健　康　診　断　書

ふりがな 氏　名		生年月日	年　月　日	健診月日	年　月　日
		性　別	男　・　女	年　齢	歳

既 往 歴		
自覚症状		
他覚症状		
身　　長	cm	
体　　重	kg	
視　　力	矯　正 右　（　）	矯　正 左　（　）
聴　　力	1　オージオ 2　その他	1　所見なし 右 2　所見あり
		1　所見なし 左 2　所見あり
血　　圧	／　mm Hg	
尿 検 査	糖　（　） 蛋　白　（　）	
胸部ｴｯｸｽ線 検　　査		
医師の診断		
医療機関名 医師の氏名	印	