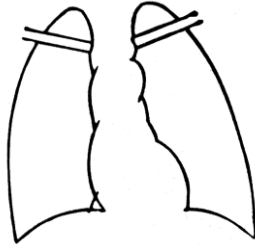


健康診断書

住	所					TEL			
氏	名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)					
身	長	cm	胸部 × 線 検 査	フィルム 番 号	号				
体	重	kg							
B	M	I							
腹	囲	cm							
血	圧	/							
				所 見					
				耳	聴力	右	正・難		
			左			正・難			
			尿	糖	無・有				
					ウロビリノーゲン				
			眼	視力	右	矯正()			
					左	矯正()			
				目疾	無・有()				
概 評				現行疾患	無・有				
			既往症	無・有					
			備 考						

年 月 日

診断医師

印