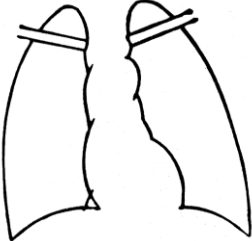


健康診断書

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	視力	右	矯正()	
			概 評	目疾			左	矯正()	
					目疾		無・有()		
			現行疾患		無・有				
			既往症		無・有				
			備 考						

平成 年 月 日

診断医師

印