

## 健 康 診 断 書

ふりがな 氏 名			男 ・ 女	昭和 平成	年	月	日生 (才)
健康診断実施日			平成 年 月 日				
既往症			現 症				
撮 影 年 月 <input type="checkbox"/> 直 接 No. _____ <input type="checkbox"/> 間 接  所 見 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> [ ]			身長	cm	体重	kg	
			視 力	右 ・ ( ・ ) 左 ・ ( ・ )			
			色 覚	正 常 異 常 軽・中・強 (第1・第2)			
			検 尿	蛋 白 ( ) 沈 渣 糖 ( ) 潜 血 ( )			
			血 圧	/ mm Hg			
総合所見							
上記のとおり診断する。 平成 年 月 日 医 師 印							