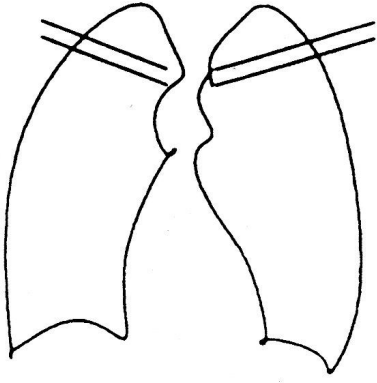


健康診断書

フリガナ				性別	生 年 月 日			
氏 名				男・女	年 月 日			
身 長	cm			胸 部 X 線 検 査	番 号	No.		
体 重	kg				直接 間接			
視 力	右 ()							
	左 ()							
主 な 既往症					【結核所見】			
疾 病 の 有 無					【結核外】			
聴 力	右	1,000HZ	4,000HZ	【その他】				
	左	1,000HZ	4,000HZ	判 定				
一般所見				異常なし 現在心配なし 要 観 察 要 精 検				
尿 検 査	糖			検 査 日	平成 年 月 日			
	蛋白							
総合判定								
上記の通り受診したことを証明する								
平成 年 月 日								
施設名								
担当医								
⑩								