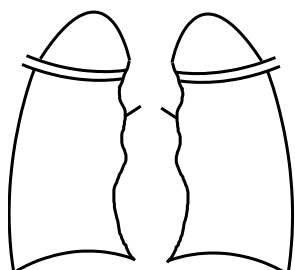


健康診断書

フリガナ	胸部X線 撮影 年 月 日
氏名	検査 レントゲンNo.
男 女	(直接) 異常所見 無 ・ 有
生年月日 平成 年 月 日	
現住所	
身長 _____ cm	
体重 _____ kg	
胸囲 _____ cm	
血圧 _____ / _____	総合所見
視力 右 () 左 ()	
色覚 正常 ・ 異常	
聴力 右 1000Hz 正常 ・ 異常 4000Hz 正常 ・ 異常	
左 1000Hz 正常 ・ 異常 4000Hz 正常 ・ 異常	
検尿 糖 - ± +	
蛋白 - ± +	
潜血 - ± +	
ウロビリ - ± +	
HBs 抗原	
既往歴 特記すべき事項 無 ・ 有	

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

住 所

医療機関名

医 師

㊟