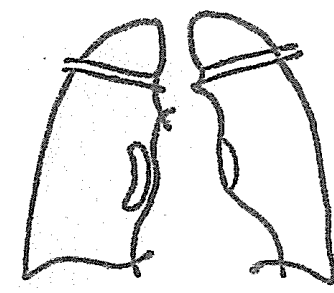


健康診断書

氏名		男女	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
住所					
身長		cm	直 接		所 見
体重		kg	No. _____		
血 圧	~				
脈 拍					
眼	視力	右 () ・ 左 ()			
	眼疾	なし・あり ()		身体所見	なし
耳	聴力	正常・異常 ()			あり ()
	耳疾	なし ・ あり			
主たる 既往歴	なし		精神障害	なし・あり ()	
	あり ()		検 尿	蛋 白 ()	糖 ()
			血 清	ウロビリノーゲン ()	
				HBs抗原	
		HBs抗体			
			HCV抗体		
総 評					

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
名 称
医 師

印