

健康診断書

(ふりがな) 氏名				男・女	大正 昭和	年 月 日生 才	
身長	. cm			既往症			
体重	. kg						
胸囲	. cm						
視力	右		矯正 視力	右	現症		
	左			左			
色覚	正常 異常 異常の疑い					胸部 X線 所見	直接 間接 (月 日)
外眼部疾患	無 有						
聴力	右	正 難聴 (軽 中 高)					
	左	正 難聴 (軽 中 高)					
耳鼻咽喉疾患	無 有						
四肢機能異常	無 有						
皮膚疾患	無 有					備考	
検尿	たん白 () 糖 ()					総合 所見	
血圧	/ mmHg						
ツベルクリン 反応	陽性 疑陽性 陰性						

年 月 日

(住所)

(病院名)

(医師名)

印