

健 康 診 断 書

ふりがな				性別	男・女	生年月日	年 月 日 生 (満 歳)
氏 名							
住 所		〒 —					
身 長				既往歴			
		c m					
体 重				自覚症状			
		k g					
眼	視 力	右 裸眼	右 矯正	心 電 図			
	色 神			胸 部 所 見	X 線 所 見		
	眼 疾						
耳	聴 力						
	耳 疾						
血 圧		最 大	mmHg				
		最 小	mmHg				
血 液 型		A B O 式 (型)		尿		糖 () ・ 蛋白 ()	
		R H 式 (型)					
総合所見							
<p>年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">医療機関名</p> <p style="margin-left: 200px;">医師氏名</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</p>							