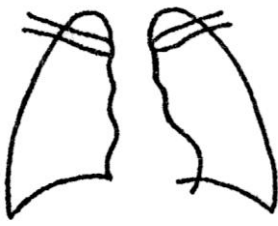


# 健 康 診 断 書

氏 名				年 月 日生 ( 才)	男・女
既往歴				自覚症状	
身 長	cm	体 重	kg	BMI	
腹 囲	cm	血 圧	/	mmHg	/
視 力	右 ( . )		聴 力	右	1000Hz 所見なし 所見あり
	左 ( . )			左	4000Hz 所見なし 所見あり
					1000Hz 所見なし 所見あり
					4000Hz 所見なし 所見あり
尿	糖	— 土 + . .	内科診察		
	蛋白	— 土 + . .			
	ウロビリ ノーゲン	— 土 + . .			
	潜血	— 土 + . .			
<p>胸部X線撮影 <span style="float: right;">【 所見（ありの場合は必ず記入） 】</span></p> <p>撮 影 日：        年        月        日</p> <p>撮影方法： 直接 ・ 間接</p> <p>所 見： なし ・ あり</p> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">  </div>					
総合所見					
<p>上記のとおり診断致します。 <span style="float: right;">年        月        日</span></p> <p style="text-align: center; margin-top: 20px;">所 在 地 医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center; margin-top: 10px;">医 師 <span style="float: right;">(印)</span></p>					