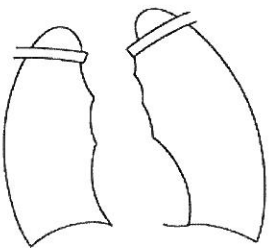


健康診断書

住所							
氏名					性別	男・女	
生年月日		年 月 日			年齢	才	
既往症							
身体的所見							
精神的所見							
身長		cm			体重	kg	
視力	左	. 矯正(.)			聴力	左	
	右	. 矯正(.)				右	
胸部X線検査	間接・直接 No. 月 日 撮影				検尿	蛋白	
	 所見					糖	
						ウロビリノーゲン	
					血圧	~	mmHg
総合所見							
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>医療機関名：</p> <p>所在地：</p> <p>医師の氏名： 印</p>							