

健康診断書

健康診断書

フリガナ 氏名 (男・女)	昭和 平成 年 月 日生 満 才
---------------------	---------------------------

身長 cm	現病歴
体重 kg	
血圧 mmHg	既往歴
胸部X線検査 年 月 日撮影 直接撮影 所見	※現病歴、既往歴のある方は必ず医師にお伝え下さい
血液検査 血色素 () HbA1c () 赤血球 () HBs抗原 () ヘマトクリット () HCV抗体 () 白血球 ()	視力 裸眼 右() 左() 矯正 右() 左()
	聴力 右 1000Hz 所見あり 所見なし 4000Hz 所見あり 所見なし 左 1000Hz 所見あり 所見なし 4000Hz 所見あり 所見なし 〔 〕
検尿 糖 () 蛋白 () 潜血 ()	特記事項

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

医師の氏名

