

## 健 康 診 断 書

氏 名			性別	
生 年 月 日	平成・昭和 年 月 日			
住 所				
身 長	cm		検 便	虫 卵
体 重	kg			赤 痢
視 力 ( 右 )				サルモネラ菌
視 力 ( 左 )				〇 - 1 5 7
聴 力 ( 右 )			胸 部 X 線	<input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> 直接
聴 力 ( 左 )				
検 尿	蛋 白			
	糖			
血 圧	/ mmHg			
医 師 所 見				
上記のとおり診断します。				
令和 年 月 日				
所 在 地				
医 療 機 関 名				
医 師 氏 名				
印				