

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 査	虫 卵	
体 重	kg			赤 痢	
視 力 (右)				便	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					
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>所 在 地</p> <p>医 療 機 関 名</p> <p>医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">印</p>					