

健康診断書

氏 名		生 年 月 日	年	月	日
現住所					

受診日 年 月 日

検 査 項 目	所 見			
身 長	cm			
体 重	kg			
視 力	裸 眼	[右]	[左]	
	矯 正	[右]	[左]	
血 圧				
血 液	白血球数	/mm ³	ヘモグロビン値	g/dℓ
	赤血球数	万/mm ³	ヘマトクリット値	%
胸部X線撮影	間接/直接			
尿 一 般	蛋 白		潜 血	
	糖		ウロビリノーゲン	
医師診察				
総合所見				
上記のとおり診断したことを証明する。 年 月 日 印				