

# 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 <sup>3</sup>	ヘモグロビン値	g/dℓ
	赤血球数	万/mm <sup>3</sup>	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

---