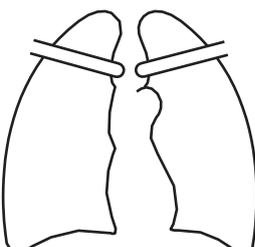


健康診断書

フリガナ				国 籍			性 別	男・女
氏 名				生年月日				
現住所	〒 _____ (電話 _____)							
既往症	無・有 (_____)							
身長	_____ cm	体 重	_____ kg	視 力	右 ()	左 ()		
聴 力	異常なし・異常あり (_____)							
胸部 X 線撮影 <input type="checkbox"/> 特筆すべき所見なし <input type="checkbox"/> 所見あり  _____ 年 _____ 月 _____ 日撮影 直接・間接 Film No. _____				血 圧 測 定 _____ / _____ mmHg				
				尿 検 査 (蛋白) (糖) (潜血)				
				その他(特記事項)				
医師聴打診								
総合所見								
備 考								
上記の通り診断します				住 所 _____				
_____ 年 _____ 月 _____ 日				診断機関 _____				
				医 師 _____ (印)				

(注) 健康診断は3ヵ月以内のこと