様式第3号

健康診断書

氏　名		性　別	男　・　女
住　所			
生年月日	年　　月　　日	年　齢	才
既往症			
身体所見			

身　長		cm	体　重	kg
視力	左	矯正　（　　）	聴力	左
	右	矯正　（　　）		右

胸部X線検査	間接・直接　No　　月　　日撮影 所見	検尿	蛋白	
			糖	
			ウロピリノーゲン	
		血圧	～ mmHg	

総合所見	

上記のとおり診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

所在地

医師の氏名　　印