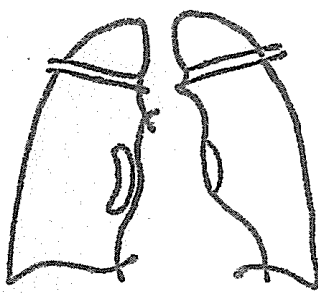


健康診断書

氏名		男 女	生 年 月 日	昭和 平成	年 月 日
住所					
身長		cm	呼吸器疾患		
体重		kg	直接	所 見	
胸 囲		cm	_____		
眼	視力	右()・左()			
	眼疾	なし・あり()			
耳	聴力	正常・異常()			
	耳疾	なし・あり			
皮膚疾患	なし・あり		栄 養	良・普通・不可	
言語障害	なし・あり		四肢障害	なし・あり	
脊柱異常	なし・あり		血 圧	~	
主たる 既往歴	なし あり()		検 尿	蛋 白 ()	
				糖 ()	
				カビリゲン ()	
			血 清	HBs抗原	
				HBs抗体	
ツ 反	年 月 日		+・-	— x x	mm
総 評					

平成 年 月 日

医療機関名
所在地
名称
医師

印