

健康診断書

フリガナ	
氏名	
生年月日(年齢)	年 月 日 ()
住所	〒 -
電話番号	

*氏名等本人記載

身長	cm			
体重	kg			
視力	右		左	
	裸眼	矯正	裸眼	矯正
聴力	右		左	
	1000Hz	4000Hz	1000Hz	4000Hz
	正常・異常	正常・異常	正常・異常	正常・異常
	判定	異常	なし	あり
検尿	蛋白 (-)			
	糖 (-)			
	潜血 (-)			
	判定	異常	なし	あり
胸部X線	所見			
	判定	異常	なし	あり
所見				
	判定	異常	なし	あり
備考				

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日

医師署名又は記名押印

印