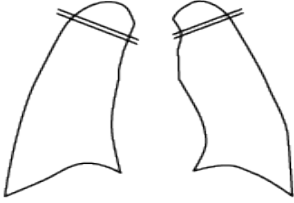


健康診断書

氏名			性別	男 ・ 女	
住所					
生年月日	年	月	日	年齢	才
問診及び 診察所見					
身長	. cm		体重	. kg	
胸部 X 線 検 査	間接・直接 No.		月 日撮影		検 尿
			所見		
			蛋白		
	糖				
		ウロビリノーゲン			
		血 圧	~ mmHg		
日常生活上の 支障の有無					
その他の 特記事項					
上記のとおり診断します。					
平成 年 月 日					
医療機関名					
所在地					
医師の氏名					印