

健康診断書(証明書)

健診年月日		
住所		
氏名		(性別)
生年月日		歳

既往歴	
自覚症状	
他覚症状	

身長 (cm)		体重(kg)	
腹囲 (cm)		B M I	
血圧 (mmHg)	/		

視力検査	右	()	左	()
聴力検査 (Hz)	右 1000		左 1000	
	右 4000		左 4000	
心電図				
胸部X線				

尿検査	蛋白		ウロビリノーゲン	
	潜血		糖	

総合所見

上記の通り診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師

