

健康診断書

現住所		
フリガナ	男・女	昭和 年 月 日生 (歳) 平成
氏名		
身長 cm	胸部X線撮影(平成 年 月 日) 所見	
体重 kg		
血圧 / mmHg		
尿 蛋白 ()	現疾患	
糖 ()	既往症	
潜血 ()		
その他特記事項		

診断の結果、上記の通り相違ない事を証明する。		
令和	年	月 日
住所		
医療機関名		
医師名		印