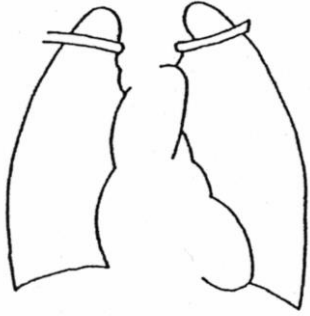


健康診断書

氏名				生年月日	年 月 日	性別	
住所							
身長		c m		既往症			
体重		k g					
視力	左	矯正 ()		胸部X線(大角) 			
	右	矯正 ()					
聴力	左						
	右						
血圧		/ mmHg					
				撮影日 年 月 日 (直接)			
貧血検査	血色素量 (g/dl)			尿検査	蛋白質		
	赤血球数 (万/mm)				糖		
	白血球数				ウビリノーゲン		
	ヘマトクリット				潜血		
その他特記事項				概評			
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 住所 診断医師氏名 印							