

## 健康診断書

※本健康診断書にある全ての項目を受診してください。  
 同じ内容であれば各受診先の様式でもかまいません。

|              |    |            |            |       |                    |    |                |
|--------------|----|------------|------------|-------|--------------------|----|----------------|
| 氏名           |    | 男・女        | 生年月日       | 年 月 日 |                    |    |                |
| 住所           |    |            |            |       |                    |    |                |
| 既往歴          |    |            |            |       |                    |    |                |
| 自覚症状         |    |            |            |       |                    |    |                |
| 他覚症状         |    |            |            |       |                    |    |                |
| 身長<br>(cm)   |    |            | 体重<br>(kg) |       |                    |    |                |
| 血圧<br>(mmHg) | /  |            |            |       |                    |    |                |
| 視力           | 右  | ( )        | 聴力         | 右     | 1,000Hz<br>4,000Hz | 所見 | 1. なし<br>2. あり |
|              | 左  | ( )        |            | 左     | 1,000Hz<br>4,000Hz | 所見 | 1. なし<br>2. あり |
| 尿検査          | 蛋白 | - + ++ +++ | 他所見        |       |                    |    |                |
|              | 糖  | - + ++ +++ |            |       |                    |    |                |
|              | 潜血 | - + ++ +++ |            |       |                    |    |                |

上記のとおり診断します。

年 月 日

住所

院名

医師

印