

健康診断書

住所：

氏名：

年齢： 歳

性別： 男・女

生年月日：

年 月 日 生

検査項目

検査項目	所 見	特 記 事 項
1 視 力	右 ・ (・) 左 ・ (・)	
2 血 圧	～ mmHg	
3 胸部X線 (間接でも可)	間接・直接 撮影番号：	
4 尿	尿 糖	- ± + ++ +++ +++++
	尿 た ん 白	- ± + ++ +++ +++++
	尿 潜 血	- ± + ++ +++ +++++
5 総合所見		

診断日：令和 年 月 日

医療機関の住所：

医療機関名：

医師名：

印