

様式 3

健康診査書

住 所			性別	
氏 名			既 往 症	
生 年 月 日	平成	年	月	日
眼 疾				
身 長			cm	耳 疾
体 重			kg	皮 膚 疾 患
胸 囲			cm	呼 吸 器 疾 患
視 力	右	()		循 環 器 疾 患
	左	()		そ の 他 の 疾 病 異 常
聴 力	右			
	左			
運 動 障 害			胸 部 X 線 検 査	直接 間接 No.
血 圧	～			mm Hg
検 尿	蛋白 () 糖 ()			
	ウビリノーゲン ()			
特 記 事 項			所 見	

検査の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

検査所名

検査医氏名

