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