

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	－ 土 十 ++ +++ +++++
	尿たん白	－ 土 十 ++ +++ +++++
	尿潜血	－ 土 十 ++ +++ +++++
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