健　康　診　断　書

氏名 男　・　女	住所

大・昭・平　　年　　月　　日生（　　歳）	

既往症		血　圧	／　　mmHg
身　長	cm	検　尿	蛋白（　　）糖（　　）その他（　　）
体　重	kg	胸部 ｴｯｸｽ線 所　見	直接 年　　月　　日撮影
ＢＭＩ	体重（kg）÷ 身長^2（m）		
腹　囲	cm		
体　格			
栄　養			
循環器系			
神経系統			
運動機能			
視　力	右　　左 矯正（　　）　矯正（　　）		
色　覚		聴　覚	右　　左
眼　疾		耳　疾	
その他		その他	
概　評	可　　要注意　　要休　　要検査		

上記の通り診断いたします。

年　　月　　日

医療機関名

住所

医師　　㊞