

健康診断書

氏名			
住所			
視力	右 (矯正) 左 (矯正)	色覚	正常・色弱・色盲
血圧	~ mmHg	尿	糖() 蛋白()
胸部所見			
循環器所見			
既往歴の有無			
その他 特記事項			

上記の通り診断します。

年 月 日

医療機関名

住 所

医 師 名

印