

健康診断書

受診日 年 月 日

氏名	(男・女)	生年 月日	年 月 日(歳)
住所			
身体計測	身長 _____ cm 体重 _____ kg	尿検査	糖 (_____) 蛋白 (_____)
感覚器系	視力 右 (.) 左 (.) 聴力 異常なし・あり	血液検査	血沈 1時間値 _____ mm 2時間値 _____ mm GOT _____ 単位 GPT _____ 単位 梅毒血清反応 (_____)
呼吸器系	理学的所見 異常なし・あり 胸部X線直接撮影 肺の異常所見 なし・あり フィルム No.	う歯	未処置歯 _____ 本・処置歯 _____ 本
		その他必要性を認めて実施した検査結果	
		既往歴	
循環器系	理学的所見 異常なし・あり (心雑音 なし・あり) 血圧 (mmHg) (最高) ____ / ____ (最低) 胸部X P心陰影 (上図参照) 異常所見 なし・疑い・あり	総合所見	
上記のとおり診断します。			年 月 日
所 属 :			
医師氏名 :		(署名)	