

健康診断書

住 所			
氏 名		性 別	男 ・ 女
生年月日	年 月 日生	年 齡	歳
身 長	. c m	言 語	
体 重	. K g	伝 染 性 疾 患	
胸 囲	. c m	神経系の疾患	
握 力	左 () 右 ()	循環器の疾患	
視 力	左 () 右 ()	消化器の疾患	
色 神		全 身 病	
眼 疾		泌尿器の疾患	
耳 聴 力 疾	左 () 右 ()	皮 膚 の 疾 患	
既 往 症		関節、運動器等の 疾 患	
家 族 歴		その他の検査	
胸部X線及びその他の所見			

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

医療機関名

診断医師名

印