

# 健康診断書

令和 年 月 日 受診

住 所									
氏 名		性 別		男 ・ 女					
生 年 月 日		年 月 日		年 齢 歳					
身 長 (cm)		尿検査		糖		- + ++ +++			
体 重 (kg)				蛋 白		- + ++ +++			
視 力	右			( )		潜 血		- + ++ +++	
	左			( )		ウロビリノーゲン		- + ++ +++	
血 圧		- mmHg		ヘモグロビン (g / dl)					
胸部 X 線 検 査		直接間接 年 月 日		血液検査		ヘマトクリット (%)			
						赤血球数 (万個/mm3)			
				診察所見					
総合判定									
作成年月日				住 所					
年 月 日				医療機関名					
				氏 名 印					