

# 健康診断書

(石川富山明倫学館用)

氏名	昭和 平成	年	月	日生
現住所	〒 -			

検査項目	判定値	検査項目	判定値
身長	c m	視力 右 左	( ) ( )
体重	k g		
栄養状態			
血圧	~ mmHg	色覚	
検尿 蛋白 糖	( + ・ - )	聴力 右 左	
	( + ・ - )		
胸部X線検査 所見：		耳鼻科疾患	
		眼科疾患	
		皮膚科疾患	
		既往症	
		その他の疾病 および異常	

上記の通り相違ないことを証明します。

令和 年 月 日  
所在地

担当医師名

印