


様式第7号

健康診断書			
		氏名	
		年 月 日生	
身長		cm	年 月 日
体重		kg	フィルムNo.
視力	裸眼 右 () 左 () 矯正 右 () 左 ()	胸部 レントゲン 撮影	直接 間接
聴力	正常・異常 ()		
血圧	最大 mmHg 最小 mmHg		
尿	糖 () 蛋白 ()		
聴診・打診 その他の 検査所見			
主な既往症			
総合所見			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関(所在地) (名称) 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			