

(様式第2号)

健康診断書

氏名				男・女	M. T. S	年	月	日生
住所								
計測	身長	cm	血圧	最高	視力(左)		(右)	
	体重	kg		最低	聴力(左)		(右)	
既往症	結核性疾患・心臓疾患・精神障害・神経及び関節疾患・消化器疾患・糖尿病 高血圧・動脈硬化・その他() (該当のものを○で囲んでください。)							
現在症	<病名>							
	<注意事項>							
機能障害	感覚器			神経系			骨関節系	

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

住所

医師

印