|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **健　康　診　断　書**  住所：  氏名： 年齢：　　歳　　　　性別：　男・女  生年月日：　　　　　　年　　月　　日　生  **検　　査　　項　　目** | | | |
| 検 査 項 目 | | 所　　　　　見 | 特　記　事　項 |
| １　視　　　　力 | | 右　　・　　（　　・　　）  左　　・　　（　　・　　） |  |
| ２　血　　　　圧 | | ～　　　　ｍｍＨｇ |  |
| ３　胸部Ｘ線  　　（間接でも可） | | 間接・直接  撮影番号： |  |
| ４  尿 | 尿　　　糖 | － 　± 　＋ 　++ 　+++ 　++++ |  |
| 尿 た ん 白 | － 　± 　＋ 　++ 　+++ 　++++ |  |
| 尿　潜　血 | － 　± 　＋ 　++ 　+++ 　++++ |  |
| ５　総 合 所 見 | |  |  |
| 診断日：　　令和　　　年　　　月　　　日  医療機関の住所：  医 療 機 関 名：  医　　師　　名： 印 | | | |

（別紙様式３）