|  |
| --- |
| **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）