

健康診断書

氏名	男 様	M T	年	月	日	年	令				
現住所											
身長		体重		血圧		脈拍		呼吸		体温	
視力	R () L ()			聴力		血型		R h	+ -	梅反	
肝機能	GOT GPT コレステロール			検尿	蛋白 潜血 尿糖			血液	白血球 赤血球 血色素		
胸部X線	年 月 日 撮影			心電図				義歯の有無			
既往歴											
現病歴						常備薬					
総合判断											

上記のとおり診断します。

年 月 日

住所

医師

印