

健康診断個人票

ふりかな 氏名		生年月日	年 月 日	健診月日	平成 年 月 日
		性別	男 ・ 女	年齢	歳
既往歴					
自覚症状					
他覚症状					
身長	cm				
体重	kg				
視力	矯 正		矯 正		
	右 ()		左 ()		
聴力	1 オーディオ	1 所見なし		1 所見なし	
		右	左		
	2 その他	2 所見あり		2 所見あり	
血圧	/ mm Hg				
尿検査	糖 ()				
	蛋白 ()				
胸部X線 検査					
医師の診断					
医療機関名 医師の氏名					印