

# 健康診断書

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

男・女

生年月日 \_\_\_\_\_

大・昭・平

年

月

日生

身長	_____ cm	眼 疾	_____
体 重	_____ Kg	耳 疾	_____
胸 囲	_____ cm	色 神	正 常 色 弱 色 盲
検 尿	蛋白 ( ) 糖 ( )	聴 力	正 常 ・ 異 常
四肢運動 機能障害	なし・あり	視 力	右 ( ) 左 ( )
伝染性 皮膚疾患	なし・あり	血 圧	_____ mmHg
胸部 X 線 所見			
(No. _____)	備 考		

上記の通り診断致します。 平成 年 月 日

〒901-22 沖縄県宜野湾市嘉数4-19-3

医療法人 うりずんの会

かりゆしクリニック (内科・小児科・皮膚科)

院 長 砂川 隆二 ㊞