

# 健 康 診 断 書

ふりがな 氏 名											年 月 日生	
住 所												
身 長	c m		体 重	k g		血 圧	最高					最低
胸 囲	c m		背 柱			尿	タン白					糖
視 力	裸眼	左	右	矯正	左	右						
色 神						血 沈	1. PH値			2. PH値		
眼 疾						胸      部	X線所見          聴打所見					
聴 力	右				左							
耳 疾												
鼻 疾												
扁桃肥大												
皮膚疾患												
アレルギー 反 応												
運 動 障 害 等												
その他						腹 部						
総合評価												
上記のとおり診断する。 令和 年 月 日 <div style="text-align: right;">                     病院等の名称                      医 師 名                 </div>												
瀬戸内町長						殿						印