

(様式4)

健康診断個人票

ふりがな				性別	
氏名				男・女	
生年月日	(昭和・平成)	年	月	日生	
住所					
	電話番号				
血圧					
身長・体重・BMI	身長()	cm	体重()	kg	BMI()
胸部エックス線検査					
尿検査	糖	—	±	+	++
	蛋白	—	±	+	++
	潜血	—	±	+	++
	ウレターゼ	—	±	+	++
視力	右 ()		左 ()		
聴力	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB
その他特記事項		所見			
自覚症状及び他覚症状		既往歴			
上記の通り診断します。					
令和 年 月 日					
医療機関名 _____					
医師名 _____ 印					