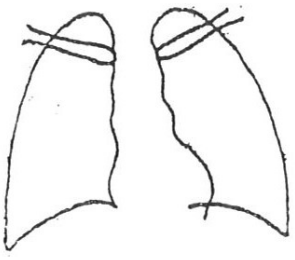


健康診断書

住所		
氏名		男・女 M T S 年 月 日生
視力	左 ・ 矯正 (.)	既往症とその後遺症
	右 ・ 矯正 (.)	
聴力	左 正常・異常 ()	
	右 正常・異常 ()	
血 圧	— mmHg	
尿	蛋白 () 糖 () 潜血 ()	
血 清	TPHA 定性	現在の疾患と治療内容
	HBS 抗原	
	HCV 抗体	
胸部 X 線所見 (年 月 日撮影) (直接・間接) No.		
		
四肢運動障害 無・有 ()		
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 医療期間名 所在地 電話 医師 印		