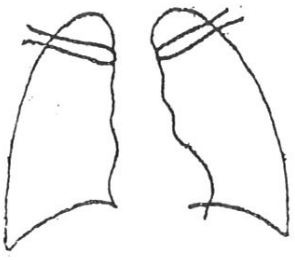


# 健康診断書

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	—                      mmH g	
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。 平成      年      月      日  <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">                     医療期間名                      所 在 地                      電 話                      医 師                 </div> <div style="text-align: right; width: 100px;">                     印                 </div> </div>		