

診 断 書

氏 名	男 女	住所			
生年月日	平成 年 月 日生 (歳)				
検 査 日	令和 年 月 日				
身 長	. cm			既 往 歴	
体 重	. kg				
胸 囲	. cm				
視 力 矯正を含み 一眼0.5以上 両眼0.8以上	右	. 矯正(.)			現 症
	左	. 矯正(.)			
	両眼	. 矯正(.)			
眼 疾	無 ・ 有 ()			胸 部 エ ッ ク ス 線 写 真 所 見	
聴 力	右	オ メ ー ジ タ ー オ ー 	1000Hz		4000Hz
	左		右 dB		dB
耳 疾	無 ・ 有 ()				直接 ・ 間接 (No.)
血 圧	～ mmHg				
検 尿	蛋 白	糖	ウロビリノーゲン	潜 血	
※以下は必要な場合のみ					
血 沈	1時間値	2時間値	平均値		
貧 血	血色素量	赤血球数			
肝 機 能	G O T	G P T	γ - G T P		
血 中 脂 質	総コレステロール	中性脂肪			
梅 反					
心 電 図					
上記のとおり診断します。					
令和 年 月 日	所在地				
	機関名				
	医 師		印		