

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 | 才 |
| 住所 | | |
| 胸部レントゲン所見 | | |
| | | |
| 身長・体重・BMI | 身長(CM) 体重(kg) BMI() | |
| 視力 | 右 () 左 () | |
| 血圧 | / mmHg | |
| 尿検査 | 蛋白 | |
| | 糖 | |
| | ウビリノーゲン | |
| 備考 (その他の異常の有無) | | |
| 上記の通り診断します。 | | |
| 平成 年 月 日 | 〒901-211 沖縄県宜野湾市宜野湾3-3-13 医療法人 緑水会 宜野湾記念病院 医師名 _____ 印 | |