

# 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	(	)
聴力	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB	
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB	
血圧	/		mmHg			
尿検査	蛋白					
	糖					
	潜血					
	ウロビリノーゲン					
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		