

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	
	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。		
令和 年 月 日	〒901-2211 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	