

# 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。					
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				