（様式4）

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　生				
住　　所	電話番号				
血　　圧					
身長・体重・ BMI	身長（　　cm）　体重（　　kg）　ＢＭＩ（　　）				
胸部エックス線検査					
尿検査	糖	一	±	＋	＋＋
	蛋 白	一	±	＋	＋＋
	潜 血	一	±	＋	＋＋
	ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ	一	±	＋	＋＋
視　力	右　　（　　）　　左　　（　　）				
聴　力	右　1000Hz　　dB　　4000Hz　　dB 左　1000Hz　　dB　　4000Hz　　dB				
その他特記事項		所　見			
自覚症状及び 他覚症状		既往歴			

上記の通り診断します。

令和　　年　　月　　日

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印