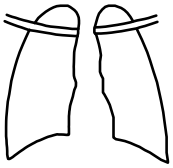
日本社会事業大学 健康診断書

<table>
<tr><td colspan="2">氏名</td><td></td><td>男・女</td><td>生年月日</td><td>昭和・平成　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">身長</td><td>.　　cm</td><td colspan="3">胸部レントゲン検査</td></tr>
<tr><td colspan="2">体重</td><td>.　　kg</td><td colspan="3" rowspan="5">直接・間接　　No.
 
年　　月　　日撮影</td></tr>
<tr><td rowspan="2">視力</td><td>右</td><td>.　（　　.　　）</td></tr>
<tr><td>左</td><td>.　（　　.　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="2">聴力</td><td>右</td><td>1000Hz　正常　有所見（　　）
4000Hz　正常　有所見（　　）</td></tr>
<tr><td>左</td><td>1000Hz　正常　有所見（　　）
4000Hz　正常　有所見（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">血圧</td><td>/　　mmHg</td><td>聴打診</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">尿検査</td><td>蛋白（　　）糖（　　）潜血（　　）</td><td>所見</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td><td></td><td>備考</td><td colspan="2"></td></tr>
</table>

年　　月　　日に当院にて実施した健康診断の結果は上記の通りであることを証明します。

年　　月　　日

医療機関所在地

医療機関名

医師名　　印