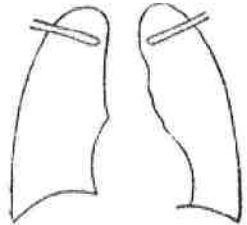


# 健康診断書

(日本赤十字社三重県支部・施設指定)

氏名		
生年月日	年 月 日	
住所		
身長	cm	
体重	kg	
既往歴		
視力	右	( )
	左	( )
血圧	/	
検尿	蛋白	
	糖	
胸部X線所見 (直接)		

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

所在地

検査機関

医師名