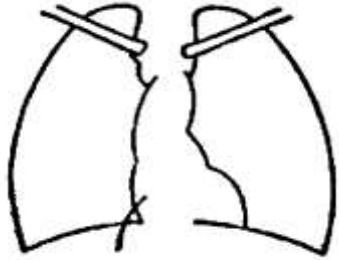


健 康 診 断 書

住所							
氏名				性別			
生年月日				年齢	歳		
身長(cm)		血圧(mmHg)		/			
体重(kg)		胸部X線検査(直接法) 撮影日 :					
BMI (体重/身長 ²)							
腹囲(cm)		所見 有・無					
視力	右					()	
	左					()	
色覚							
聴力	右 1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり		フィルム番号	No. _____		
	4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり					
	左 1000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり		尿検査	糖		
	4000Hz	1. 所見なし 2. 所見あり			蛋白		
備考							

上記の通り診断致します。 日付 :

〒901-2126 沖縄県浦添市宮城1-29-1 1F

島尻キンザー前クリニック (糖尿病代謝内科・一般内科)

院 長 島 尻 佳 典 (印)