

健康診断書

フリガナ						
氏名						
生年月日						
現住所	〒					
診 断 事 項						
身長	cm			体重	kg	
視力	右	()		聴力	右	正常・異常()
	左	()			左	正常・異常()
エックス線検査 (胸部)	平成 年 月 日撮影			所見(有)の場合具体的内容		
	所見 (有 ・ 無)					
主な既往症						
その他特記事項						
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="margin-left: 100px;">平成 年 月 日</p> <p style="margin-left: 150px;">住所 (所在地)</p> <p style="margin-left: 150px;">医療機関名</p> <p style="margin-left: 150px;">医師の氏名</p>						