**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） | | 令和 　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 | |  | | | | |
| 診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。  令和　　　年　　　月　　　日  住所（所在地）  医療機関名  医師の氏名 | | | | | | |