**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 |