

# 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					

