


健 康 診 断 書

フリガナ			
氏 名	男 女	生年月日	年 月 日
住 所	(〒 -) 電話番号 ()		

健 康 の 状 況 (診 断 事 項)					
身 長	・ cm		体 重	・ kg	
視 力	右	・ 矯正 (・)	聴 力	右	正常・異常 ()
	左	・ 矯正 (・)		左	正常・異常 ()
エックス線 検査	直接 間接			その他の疾病及び異常	
	所 見	平成 年 月撮影 異常なし ()			
<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>平成 年 月 日</p> <p>住所(所在地)</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名 印</p>					