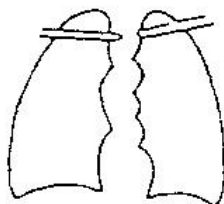


# 健 康 診 断 書

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			体 重		
	・      cm			・      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		
					
	平成      年      月撮影				
所 見	異常なし (      )				

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

印