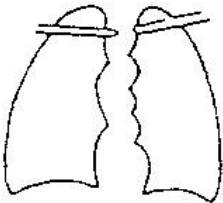


健康診断書

フリガナ			生年月日	年 月 日
氏 名	男 女			
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			
					
	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					