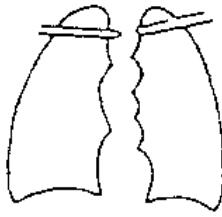


健 康 診 断 書

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	その他の疾 病 及 び 異 常		
	間 接	 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