

健 康 診 断 書

フリガナ		生年月日	
氏 名		性 別	
現 住 所	〒 電話		
身 長	cm	既往症	
体 重	kg		
視 力	右 ()	その他の 疾病及び 異常	
	左 ()		
聴 力	右		
	左		
胸 部 所 見	聴診	診断医 所 見	健康状態: □優, □良, □可, □不可 所 見:
	エ ッ ク ス 線 診 断 所 見		
診断の結果, 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 〒 電話 医療機関名 医師 職・氏名 印			