

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		健康状態: □優, □良, □可, □不可 所 見: 診断医 所 見
	エ ッ ク ス 線 診 断	撮影年月日 年 月 日 撮影番号 No. 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