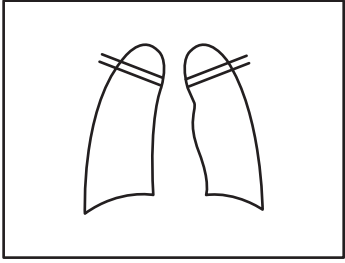


健康診断書

ふりがな 氏名		性別	男・女	生年 月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)
現住所	郵便番号 —							
既往歴								
身長	cm			体重	kg			
胸部 X 線 間 接 撮 影	〈平成 年 月 日〉撮影結果			現 在 の 健 康 状 態	良好・ふつう・すぐれない (具体的な自覚症状について)			
					〈所見〉			
	・異常なし				〈所見〉			
	・治癒所見あり							
	・要精査							
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。								
平成 年 月 日								
病院または保健所名：								
所在地：								
医師名：								
⑩								