

## 健 康 診 斷 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	( )	
聽力	右		
	左		
胸部所見	聴診		健康状態: <input type="checkbox"/> 優, <input type="checkbox"/> 良, <input type="checkbox"/> 可, <input type="checkbox"/> 不可 所見:
	撮影年月日	年 月 日	
	エックス線診断	撮影番号 No. 所見	
		診断医 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