

# 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	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