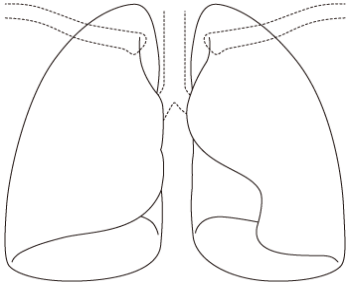


健康診断書

受診者	名前	フリガナ	男 ・ 女
		年 月 日生 満 歳	
	現住所	〒	
診 断 事 項			
身長		cm	エ ッ ク ス 線 所 見
体重		kg	
胸 囲		cm	
視 力	右	. (.)	撮影区分
	左	. (.)	直接
聴 力	右		間接
	左		所見
その他の 疾病及び 異常		有 ・ 無 ○印をつけてください。	 1. 要 治 療 2. 要 観 察 3. 健 康
		種類 ()	
診断の結果上記の通り相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関名 医師 名 印			