

健康診断書

受診者	氏名	フリガナ	男 ・ 女
		年 月 日生 満 歳	
	現住所	〒	
診 断 事 項			
身長			cm
体重			kg
胸 囲			cm
視力	右	・ (・)	エ ッ ク ス 線 所 見
	左	・ (・)	
聴力	右		間 接
	左		
			所見
		<ol style="list-style-type: none"> 1. 要 治 療 2. 要 観 察 3. 健 康 	
その他の 疾病及び 異常	有 ・ 無 ○印をつけてください。	種類 ()	
	程度及び状態		
<p>診断の結果上記の通り相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名 印</p>			