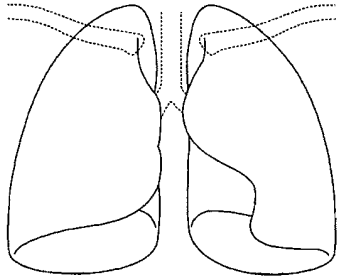


# 健康診断書

受診者	氏名	フリガナ	男・女			
		西暦 年 月 日生 満 歳				
	現住所	〒				
診 断 事 項						
身長			cm	エックス線所見	撮影区分 直接 間接 所見	
体重			kg			
胸囲			cm			
視力	右	. ( . )		エックス線所見	間接	
	左	. ( . )				
聴力	右			エックス線所見	所見	1. 要 治 療 2. 要 観 察 3. 健 康
	左					
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					
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 -----						
医師氏名 -----						
印						