健 康 診 断 書

名 前		生年月日	年　　月　　日（満　　歳）

身 長		・　　cm	胸部X線	直接･間接撮影	
体 重		・　　kg			
視 力	右	・　（　・　）			
	左	・　（　・　）			
眼　疾					
聴 力	右			撮影　年　月　日	
	左			所見	
耳 鼻 疾 患					
検尿	糖		その他の疾病及び異常		
	蛋白		既往症		
	潜血		総 評		
血　圧		／			

上記の通り証明する。

平成　　年　　月　　日

機関の所在地

ならびに名称

医 師　　印