

健康診断書

氏 名	男 ・ 女			年 月 日 才
現 住 所				
既 往 症				身 長 cm
				体 重 kg
健 康 の 状 況	① 視 力	右	矯正視力 ()	② 胸部レントゲン検査 撮影年月日 (年 月 日) 間 接 ・ 直 接 所 見
	<small>※裸眼視力の検査を省略 した場合は矯正視力の みを記入してください。</small>	左	矯正視力 ()	
	③ 聴 力	右		
		左		
④	その他の疾病 及 び 異 常			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="margin-left: 100px;">年 月 日</p> <p style="margin-left: 200px;">住 所 (所在地)</p> <p style="margin-left: 200px;">医 療 機 関 名</p> <p style="margin-left: 200px;">医 師 氏 名</p>				