

(別紙様式4)

健康診断書

フリガナ		生年月日	
氏名		性別	
現住所	〒 電話		
身長	cm	既往症	
体重	kg		
視力	右 ()	その他の 疾病及び 異常	
	左 ()		
聴力	右		
	左		
胸部 所見	聴診	診断医 所見	健康状態: <input type="checkbox"/> 優, <input type="checkbox"/> 良, <input type="checkbox"/> 可, <input type="checkbox"/> 不可 所見:
	エックス線 診断 所見		
診断の結果, 上記のとおり相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関所在地 〒 電話 医療機関名 医師 職・氏名 印			