

健康診断書

平成 年 月 日

住所 _____

氏 名 _____ (男・女)

明治・大正・昭和 年 月 日生

身長	cm	体重	Kg
視 力	右	聴 力	右
	左		左
胸部 XP 所見			
既往歴 治療の有無 服薬等			
総合所見 (感染症の有無)			

上記のとおり相違ありません。

住 所 _____

医療機関(医師) _____

印