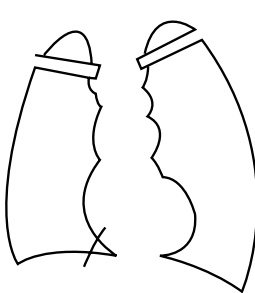


健康診断書

フリガナ		性別	年 月 日生
氏名			
現住所			
主な既往症 及び現在症			
アレルギー	有 ・ 無	※有の場合はアレルギーを記入してください。	
身長	cm	胸部レントゲン検査	
体重	kg	撮影	年 月 日
視力	右 () 左 ()		
運動・視覚 聴覚・言語	1. 異常無し 2.		
血圧	最高 最低	健康・要観察・要治療	
その他 特記事項	1. 異常無し 2.		
総合判定	1. 健康 2. 要観察 3. その他		
上記の通り診断します		年 月 日	
医療機関名			
医師名		印	

※最寄りの医療機関で健康診断をお受けください