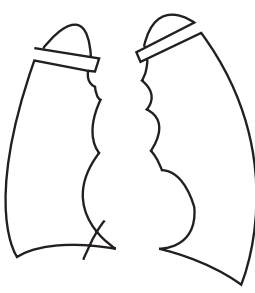


健康診断書

フリガナ		性別		
氏名			19 年 月 日生	
現住所				
主な既往症 及び現在症				
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.			
直接・間接	健康・要観察・要治療			
血圧	最高	最低		
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

(2019 年度生)