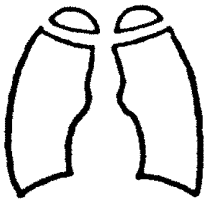


健 康 診 断 書

住 所			
ふ り が な 氏 名		性 別	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 生	年 齢	歳
既 往 症		言 語	
自 覚 症 状		感 染 性 疾 患	
身 長	・ cm	神 経 系 の 疾 患	
体 重	・ kg	循 環 器 の 疾 患	
視 力	右 ()	消 化 器 の 疾 患	
	左 ()	全 身 病	
色 覚		泌 尿 器 の 疾 患	
眼 疾		皮 膚 の 疾 患	
聴 力	左 () 右 ()	関 節 、 運 動 器 等 の 疾 患	
耳 疾		家 族 歴	
X線及びその他所見			

上記のとおり診断する。
年 月 日

医療機関名

診断医師名

㊞

備考1 提出前1箇月以内に診断したものであること。

2 医療機関が定める健康診断書で上記様式の診断項目が満たされているものは、上記様式に代えることができます。