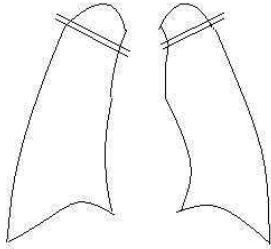


健康診断書						
氏名		男・女	生年月日	年 月 日生		
現住所						
診 断 事 項						
胸部エックス線検査	エックス線像	視力	右	. (.)		
			左	. (.)		
	直接	眼疾患	無・有 ()			
	間接	聴力	右	所見無し・所見有り		
			左	所見無し・所見有り		
			運動機能			
			言語機能			
			呼吸器疾患			
			皮膚疾患			
		撮影年月日 () 撮影番号 ()	神経系疾患			
所見			その他の疾病及び異常			
既往症						
総合所見						
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所 (所在地)</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>						