

健康診断書

氏名		男・女	生年月日	平成 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 (矯正)	右 . (.) 左 . (.)	
	直接 間接		眼疾患	無・有 ()	
			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		
			神経系疾患		
	所見		撮影年月日 () 撮影番号 ()		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>平成 年 月 日</p> <p>住所 (所在地)</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>					