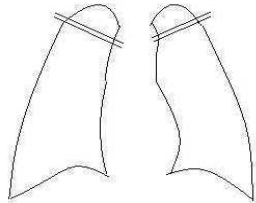


健康診断書					
氏 <small>ふりがな</small>		男・女	生年月日	年	月 日生
現住所					
診断事項					
エックス線検査	エックス線像		視力	左()	右()
	直接		色覚		
	間接		身体障害	区分	
				運動	
				視覚	
				聴覚	
言語					
所見			その他異常の常疾病		
健康 ・ 要観察 ・ 要医療					
主な既往症					
上記のとおりであることを証明します。					
平成 年 月 日					
住所 (所在地)					
医療機関名					
医師の氏名					
(印)					