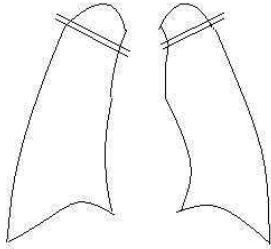


健康診断書					
氏名		男・女	生年月日	平成	年 月 日生
現住所					
診断事項					
胸部 エックス線 検査	エックス線像		視力	右	. (.)
				左	. (.)
	直接		眼疾患	無・有 ()	
	間接		聴力	右	所見無し・所見有り
				左	所見無し・所見有り
			運動機能		
			言語機能		
			呼吸器疾患		
			皮膚疾患		
			神経系疾患		
所見	撮影年月日 () 撮影番号 ()		その他の 疾病及び 異常		
既往症					
総合所見					
上記のとおりであることを証明します。					
平成 年 月 日					
住所 (所在地)					
医療機関名					
医師の氏名					
(印)					