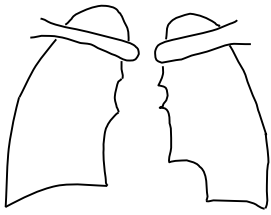


健 康 診 断 書					
写 真 検査医の 割印 3×4cm	住 所				
	氏 名		性 別	男 女	
	生年月日	年 月 日 生 (才)			
	検査年月日	平成 年 月 日			
	身 長	cm	体 重	kg	
既往症及び 現症について					
視 力 (矯 正)	右	()	聴 力	右	
	左	()		左	
胸 部 所 見	聴 打 診				
	 撮影年月日 番号				
血 圧	～ mm/Hg				
赤 沈 速 度	一時間値	mm			
検 尿	蛋白		糖		
就 業 上 の 支 障	なし	あり (内容を記入願います)			
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 医療機関名 住 所 氏 名 印					

* 矯正視力0.7未満は再検査が必要です。