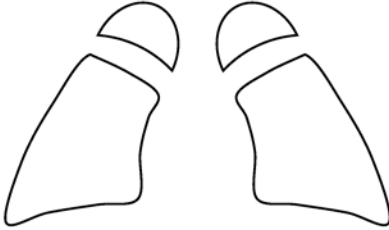


健康診断書

氏名

生年月日 平成 年 月 日生

身長	cm			心電図所見	異常所見 なし あり ()	
体重	kg					
視力	右	()				
	左	()				
聴力	右	胸部X線所見 				
	左					
尿検査	蛋白				糖	潜血
その他の 疾病及び 異常						

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医師名

印

キ
リ
ト
リ