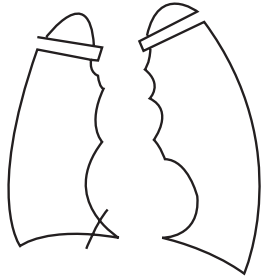


健康診断書

フリガナ		性別			
氏名			19 年 月 日生		
現住所					
主な既往症 及び現在症					
身長	cm	胸部レントゲン検査			
体重	kg	撮影	年 月 日		
視力	右 ()				
	左 ()				
運動・視覚 聴覚・言語	1. 異常無し 2.				
血圧	最高			最低	直接・間接 健康・要観察・要治療
その他 特記事項	1. 異常無し 2.				
総合判定	1. 健康 2. 要観察 3. その他				
上記の通り診断します		年 月 日			
医療機関名					
医師名		印			

※最寄りの医療機関で健康診断をお受けください

(2017 年度生)