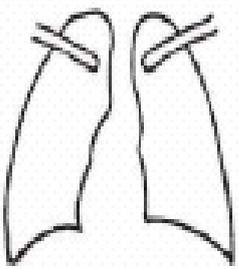


健康診断書

名前		生年月日	年 月 日 (満 歳)
----	--	------	-------------

身長		cm	胸	直接・間接撮影		
体重		kg				
視力	右	(.)				部
	左	(.)				
眼疾			X	撮影 年 月 日		
聴力	右					
	左					
耳鼻疾患			線	所見		
検	糖				その他の疾病及び異常	
尿	蛋白		既往症			
	潜血		総評			
血圧	/					

上記の通り証明する。

令和 年 月 日

機関の所在地
ならびに名称

医師

印