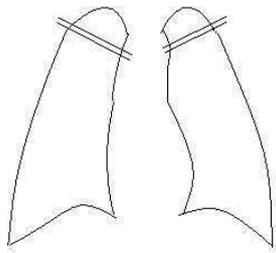


健康診断書						
氏名		生年月日	年	月	日生	
現住所						
診断事項						
胸部 エックス線 検査	エックス線像		視力 (矯正)	右	. (.)	
				左	. (.)	
	直接		眼疾患	無・有 ()		
	間接		聴力	右	所見無し・所見有り	
				左	所見無し・所見有り	
			運動機能			
			言語機能			
			呼吸器疾患			
			皮膚疾患			
			神経系疾患			
撮影年月日 ()						
撮影番号 ()						
所見			その他の 疾病及び 異常			
既往症						
総合所見						
上記のとおりであることを証明しま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