

## 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				
		撮影年月日 ( ) 撮影番号 ( )	神経系疾患			
所見		その他の 疾病及び 異常				
既往症						
総合所見						
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 (所在地)</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>						