

健 康 診 断 書

ふりがな		性別	男 女
氏 名			
生年月日	年 月 日 生		
住 所	〒 —		

健 康 の 状 況 (診 断 事 項)			
視 力	右	[]	左 []
聴 力	右	[]	左 []
結 核			
その他の 疾病及び 異 常			
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。			
平成 年 月 日			
住 所			
医療機関名			
医 師 氏 名			
			(印)