

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			
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。</p> <p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 氏 名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>			