

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  | 〒 ー     |    |     |

|                                                                                                                      |                  |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------------|
| 健 康 の 状 況 （ 診 断 事 項 ）                                                                                                |                  |                  |
| 視 力                                                                                                                  | 右 [            ] | 左 [            ] |
| 聴 力                                                                                                                  | 右 [            ] | 左 [            ] |
| 結 核                                                                                                                  |                  |                  |
| その他の<br>疾病及び<br>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>西暦        年    月    日</p> <p>住        所</p> <p>医療機関名</p> <p>医 師 氏 名</p> <p>印</p> |                  |                  |