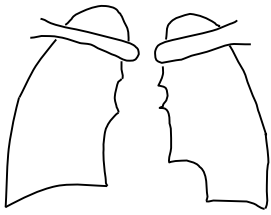


健 康 診 断 書					
写 真 検査医の 割印  3×4cm	住 所				
	氏 名		性 別	男 女	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 才 )			
	検査年月日	令和 年 月 日			
	身 長	cm	体 重	kg	
既往症及び 現症について					
視 力 (矯 正)	右	( )	聴 力	右	
	左	( )		左	
胸 部 所 見	聴 打 診				
	 撮影年月日 _____ 番号 _____				
血 圧	~ mm/Hg				
赤 沈 速 度	一時間値	mm			
検 尿	蛋白		糖		
就 業 上 の 支 障	なし	あり (内容を記入願います。)			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日  医療機関名 _____ 住 所 _____ 氏 名 _____ 印 _____					

※矯正視力0.7未満は再検査が必要です。