

健康診断書

フリガナ		出身高等学校
氏名 生年月日	年 月 日生	男・女 高等学校
現住所		

身長	cm	聴力	右
			左
体重	kg	視力	右 (.)
			左 (.)
結核 所見	胸部レントゲン (透視 ・ 間接 ・ 直接)		
その他の 疾病および異常			
所見			

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

住所 (所在地)

医療機関名

医師氏名

印