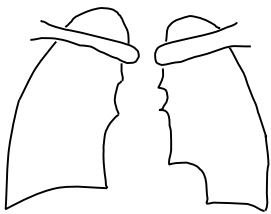


健 康 診 断 書						
写 真 3×4cm	検査医の 割印	住 所				
		氏 名		性 別	男 女	
		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (才)			
		検査年月日	令和 年 月 日			
		身 長	cm	体 重	kg	
既往症及び 現症について						
視 力 (矯 正)	右	()	聴 力	右		
	左	()		左		
胸 部 所 見	聴 打 診					
	 撮影年月日 番号					
血 圧		～ mm/Hg				
検 尿		蛋白		糖		
就 業 上 の 支 障		なし	あり (内容を記入願います。)			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機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

※矯正視力0.7未満は再検査が必要です。