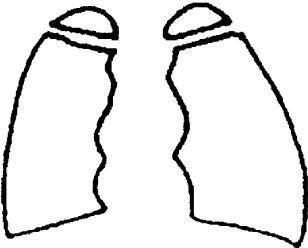


診 断 書						
氏 名	性別 男・女 年齢 歳				住 所	TEL() -
	生 年 月 日 年 月 日					
	検査実施日 年 月 日					
検 査 項 目						
既往歴					現症・自覚症状	
診 察 等	身長	. cm		胸 部 X 線 所 見	撮影日	年 月 日
	体重	. kg			(No.)	
	視力	右	()			
		左	()			
	聴力	右				
左						
血 圧	最高	mmHg				
	最低	mmHg				
尿 検 査	蛋 白	糖	ウロビリノーゲン	潜 血	異常 なし あり()	
就業上の注意事項						
上記のとおり診断します。						
令和 年 月 日				所在地		
				機関名		
				医 師	印	