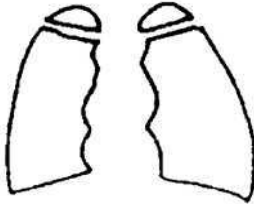


健康診断書						
写真 3×4	検査医の 割印	住 所				
		氏 名		性 別	男 女	
		生 年 月 日	年 月 日	生 (才)		
		検査年月日	令和 年 月 日			
	身長		cm	体重	kg	
既往症及び 現症について						
視力 (矯正)	右	()	聴力	右		
	左	()		左		
胸 部 所 見	聴打診					
	 撮影年月日 番号					
血 圧		mm/Hg				
赤 沈 速 度		一時間値	mm			
検 尿		蛋 白		糖		
就 業 上 の 支 障		な し	あ り(記入願います)			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 住 所 氏 名 印						