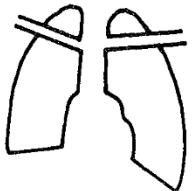


健康診断書

氏名				性別	男・女	生年月日	年	月	日
住所									
既往歴									
視力	裸眼		矯正		色 神		聴力	左	
	左	右	左	右				右	
感覚器 呼吸器 循環器 消化器 神経系 その他			病名及び所見						
エックス線検査	直接 間接				血圧	~ mmHg			
	所見				その他				
医師の指示									
上記のとおり診断します。									
年 月 日									
医師									