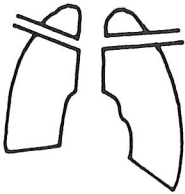


# 健 康 診 断 書

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 經 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								(印)		