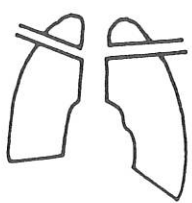


健康診断書

氏名				性別	男・女	生年月日	年	月	日	(歳)
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		血圧		～ mmHg					
	間接		その他							
所見										
医師の指示										
上記のとおり診断します。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 </div> <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 医師 </div>										