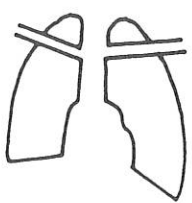


健康診断書

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	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								