

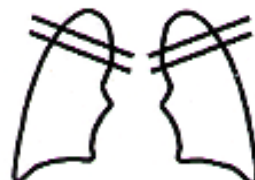
健 康 診 断 書

※下記の受診項目を網羅していれば、職場等で受診した

(以下欄は各自で記入のこと) 健康診断書(原本)を受付いたします。(6か月以内の受診に限る)

ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日生
氏名		年齢	歳	性別	男・女	
現住所				電話番号		
既往症	有・無 病名 特に現在、伝染のおそれのある病気があれば、必ず記入してください。					

(以下欄は診断を行った医療機関で記入のこと)

身長	cm	胸部X線	間接・直接撮影 ※どちらかに○をつけてください。 撮影年月日 年 月 日 1 異常なし 2 所見
体重	kg		
視力	右 (矯正) ・ 左 (矯正) ・		
聴力	1 異常なし 2 所見()		[]
検尿	(蛋白) ()		
	(糖) ()		
内科検診	上記の者、聴診・打診・触診の結果、本診断において特段の異常所見を認めず、団体生活や学校体育等(水泳含む)と同程度の運動を行う場合において、特に支障がないと判断いたします。 1 異常なし 2 所見 []		

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

健康診断実施日	西暦	年	月	日
検診実施 医療機関名 住所・電話番号	