

健康診断書							
ふりがな							
氏名							
生年月日	昭和 年 月 日生 平成						
住所							
身長		体重		胸囲			
	cm		kg		cm		
視力	裸眼		矯正		聴力	左	右
	左	右	左	右			
胸部X線 その他							
医師の 総合所見							
上記のとおりであることを証明します。							
令和 年 月 日							
病院名							
医師氏名							