

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	cm	体重	kg	胸囲	cm
視力	裸眼	矯正	聴力	左	右
	左	右		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。

平成 年 月 日

病院名

医師氏名

印