

健康診断書

ふりがな 氏 名			出身学校	
生年月日	年	月	日	卒業年月 年 月 卒業
視 力	右	()		
	左	()		
聴 力	右	異常なし ・ 難聴		
	左	異常なし ・ 難聴		
胸部レントゲン		直接撮影 ・ 間接撮影 (フィルム番号)		
		所 見 (異常なし ・ 要管理)		
疾病及び健康に配慮を 要する事項				
上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 所在地 名 称 医 師 印				