


健康診断書

氏名

平成・昭和 年 月 日生

身長	cm	胸囲	cm
体重	kg	X線検査 所見 	直接・間接
視力	右 ()		
	左 ()		
聴力	右 左		
尿検査			
特記事項			

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医師名