

健康診断書

氏名

年 月 日生

1 現在の疾病

2 身体の障害その他
身体上の故障

3 主なる既往症

4 視力 裸眼 右 (矯正)
左 (矯正)

5 眼疾

6 聴力 右
左

7 エックス線検査

8 その他の所見

エックス線像	
直接	間接
	
年 月 日撮影	
所見	
健康・要観察・要治療	

検査の結果上記の通りであることを証明する。

令和 年 月 日

医療機関所在地
医療機関名

医師氏名

印