

健康診断書

ふりがな 氏名		性別	男・女	
生年月日	昭和 年 月 日	年齢	歳	
住所				
身長	cm	体重	kg	
血圧	/	mmHg		
胸部 X線 検査	(平成 年 月 日) (直接・間接) 所見			
既往歴	麻疹・風疹・水痘・流行性耳下腺炎・結核・その他 ()			
自覚症状				
その他 特記事項				
判定				
上記のとおり診断する。				
平成 年 月 日				
実施機関の所在地および名称				
医師氏名				
印				