

## 健康診断書

|            |        |          |   |   |    |
|------------|--------|----------|---|---|----|
| フリガナ<br>氏名 | 男・女    | 生年月日（西暦） | 年 | 月 | 日生 |
| 現住所        | （〒 — ） |          |   |   |    |

|    |     |    |    |
|----|-----|----|----|
| 身長 | c m | 体重 | kg |
|----|-----|----|----|

| 内科診察                               | 胸部X線検査  |
|------------------------------------|---|
| 所見:異常なし・要観察・要医療<br>(いずれかを○で囲んで下さい) | 直接 ・ 間接<br>(直接・間接のいずれかを○で囲んで下さい)                            |
| 特記事項:                              | 撮影年月日: 年 月 日<br>撮影番号:<br>所見:異常なし・要観察・要医療<br>(いずれかを○で囲んで下さい) |
|                                    | 特記事項:   |

|       |     |                        |
|-------|-----|------------------------|
| 主な既往歴 | 有・無 | (有の場合は、疾患名および罹患時年齢を記入) |
|-------|-----|------------------------|

|      |
|------|
| 総合所見 |
|------|

|                                  |   |
|----------------------------------|---|
| 診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。<br>年 月 日 |   |
| 住所（所在地・電話番号）                     |   |
| 医療機関名                            |   |
| 医師の氏名                            | 印 |