

健康診断書

フリガナ 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 (いずれかを○で囲んで下さい) 特記事項:	直接・間接 (直接・間接のいずれかを○で囲んで下さい) 撮影年月日: 年 月 日 撮影番号: 所見:異常なし・要観察・要医療 (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。 年 月 日 住所 (所在地・電話番号) 医療機関名 医師の氏名 印
