

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)	直接 ・ 間接 (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
	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