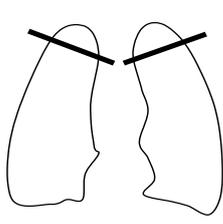


健康診断書

氏名		男・女	年 月 日生		
身長	cm	視力	右 (.)	聴力	右
体重	kg		左 (.)		左
エックス線像 年 月 日撮影〔直接・間接〕 <div style="display: flex; align-items: center; justify-content: center;">  <div style="margin-left: 20px;">「所見」</div> </div>		最大 最小 mmHg mmHg	蛋白 () 糖 ()		
※ 健康・要観察・要医療					
既往症（必ず受診者に確認してください。）					
その他特記事項〈身体機能異常の場合の具体的内容等〉					
診断の結果，上記のとおり相違ないことを証明する。 <div style="text-align: center;"> 年 月 日 所在地 医療機関名 医師氏名 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>					