

健 康 診 断 書

氏 名		生年月日	年 月 日(満 歳)
住 所			
身 長	・ cm	呼吸器疾患(X線所見)	
体 重	・ kg	既 往 症	
胸 囲	・ cm	現 在 症	
視 力	右 () 左 ()	医 師 所 見	
聴 力	右 () 左 ()		
栄 養 状 態			

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

病院の所在地

名 称

医 師 名

印