

健 康 診 断 書			
※ 現 住 所			
※ 氏 名		※ 生年月日	平成 年 月 日生
身 長		体 重	
※ 既往症 病 名 発病 年 月 日 治療 年 月 日	X線検査 令和 年 月 日 〈所 見〉		
〈総合判定及び総合所見〉			
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 医療機関名 所 在 地 医師氏名 印			

備考：※印のあるところは、本人が診断を受ける前に調べて記入すること。