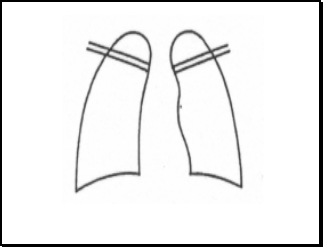


# 健康診断書

氏名	(ふりがな)	性別	男・女	生年月日	昭和 平成      年      月      日生  (      歳)
住所					
既往歴					
身長	cm		体重	kg	
胸部 X 線 間 接 撮 影	(平成      年      月      日) 撮影結果		現 在 の 健 康 状 態	良好・ふつう・すぐれない (具体的な自覚症状について)	
				(所見)	
(所見)		・異常なし		(所見)	
・治癒所見あり		・要精査		(所見)	
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。  <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> <span>平成      年      月      日</span> </div> 病院または保健所名： 所在地：  医師名： <span style="float: right;">印</span>					