

様式第2号(第2条関係)

健 康 診 断

氏 名				生年月日	年 月 日
身 長	cm			体 重	kg
視 力	右			聴 力	右
	左				左
	眼疾			耳疾	
既 往 病				血 圧 測 定	
感覚器、消化器、呼吸器 神経器、循環器、その他 病名及び所見					
特 記 事 項					

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 名

