


健康診断書

フリガナ		生年月日	性別
氏名		年 月 日	
診断事項			
結核	直接 (撮影年月日) 間接 (撮影番号)		
所見			
その他の疾病及び異常	無 ・ 有 ()		
受診日	年 月 日		
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 <div style="float: right;">年 月 日</div> 住 所 (所在地) 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 印			

※記入上の注意

エックス線検査の欄については、直接撮影の場合撮影年月日を、間接撮影の場合は、撮影番号を記入してください。