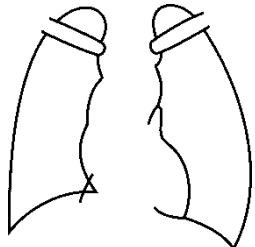


健 康 診 断 書					
氏 名 （ 男 ・ 女 ） 年 月 日生		現住所 又は 連絡先			
身 長	cm		視 力	右	
体 重	kg			左	
聴 力	右		備 考		
	左				
胸部 X 線撮影（直接、間接） 判定  撮影 年 月 日					
治療を要する疾患、その他特記する事項					
就労に関する所見					
上記のとおり診断する。 年 月 日 住 所 医師名					

注 1 該当の文字を○で囲むこと。

2 用紙の大きさは、日本産業規格 A 列 4 とする。