健　康　診　断　書

住　　所			
氏　　名		性　　別	男　・　女
生年月日	年　　月　　日生	年　　齢	歳

身　　長	.　　cm	言　　語	
体　　重	.　　Kg	伝染性疾患	
胸　　囲	.　　cm	神経系の疾患	
握　　力	左（　　）右（　　）	循環器の疾患	
視　　力	左（　　）右（　　）	消化器の疾患	
色　　神		全　身　病	
眼　　疾		泌尿器の疾患	
耳聴力 耳　　疾	左（　　）右（　　）	皮膚の疾患	
既　往　症		関節、運動器等の疾患	
家　族　歴		その他の検査	
胸部X線及びその他の所見			

上記のとおり診断する。

令和　　年　　月　　日

医療機関名

診断医師名　　印