（様式第６号）

健　康　診　断　書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 　　　　　年　　　月　　　日生（　　　歳） |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 | 電話　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 身　　長 | cm | 胸　囲 | cm |
| 体　　重 | kg | X線検査　　所見　　　年　　　月　　　日撮影 |
| 視　　力 | 右　　　　　（　　　　　）左　　　　　（　　　　　） |
| 色　　覚 |  |
| 聴　　力 | 　右　左 |
| 尿検査 |  |
| 特記事項 |  |

上記のとおり相違ないことを証明する。

　　　年　　　月　　　日

住所（所在地）

医療機関名

医　師　名　　　　　　　　　　　　　　（※）

（※）本人が手書きしない場合は、記名押印してください。