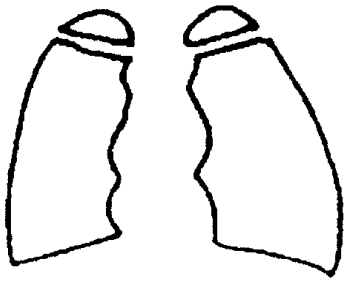
診　断　書

氏　名	性別　男・女　年齢　歳	住所	
生年月日	年　月　日		
検査実施日	年　月　日		TEL(　　)　－

検　査　項　目

既往歴		現症・自覚症状	

診察等	身長	. cm		胸部X線所見	撮影日	年　月　日
	体重	. kg			(No.　　)	
	視力	右	(　　)			
		左	(　　)			
	聴力	右				
		左				
	血圧	最高	mmHg			
		最低	mmHg			
尿検査	蛋白	糖	ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ	潜血	異常	なし あり(　　)



就業上の注意事項

上記のとおり診断します。

年　月　日

所在地
機関名
医　師　　印