

健康診断書

氏名		性別	男・女	年 月 日生
体格				
栄養				
脊柱				
胸郭				
皮膚疾患				
四肢				
耳鼻咽喉疾患				
眼科疾患				
その他				
上記のとおり診断いたします				
令和 年 月 日				
医師			印	