

※

## 文教大学健康診断書

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男女	年 月 日生	
住所	〒  Tel ( )				
視力	右	裸眼 矯正 ・ ( ・ )	左	裸眼 矯正 ・ ( ・ )	
聴力	右		左		
胸部X線検査			撮影日 年 月 日		
			直接撮影 ・ 間接撮影		
			健康 ・ 要観察 ・ 要医療		
			所見		
その他の疾病					
その他の異常					
診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。					
年 月 日 所在地					
医療機関名					
医師氏名					
印					