

※受診されました医療機関で様式(書式)がある場合は、その診断書でも可。

健康診断書

住所 _____

氏名 _____ 生年月日 S H 年 月 日生

視力 (裸眼) 右 _____

左 _____

色覚 (正常・異常)

聴力 右 (正常・異常)

左 (正常・異常)

眼疾 (あり・なし)

耳疾 (あり・なし)

言語障害 (あり・なし)

皮膚病 (あり・なし)

〔主たる既往症〕

血圧 最高 _____ mmHg

最低 _____ mmHg

身体所見

上記のとおり診断します。

令和 年 月 日

医療機関名

担当医師

印