

健康診断書

氏名 _____

パスポート番号又は学籍番号 _____

生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

性 別 男 女

結核性疾患		胸部X線検査 所見 直接撮影 年 月 日 間接撮影 年 月 日
その他 伝染性疾患		
眼 疾		
耳鼻咽喉疾患		
その他の疾病 異 常		
上記のとおり診断します。		
年 月 日		
医 師		印

(注) 最近3か月以内の健康診断書の写しでも可。

当様式以外の健康診断でも可。