

健 康 診 断 書

住 所			
氏 名	年 月 日生		
検査疾患	検査年月日	所 見	
肺 結 核	年 月 日	胸部 X 線 写 真 所 見 (フ イ ル ム No.)	そ の 他 所 見
皮 膚 病	年 月 日		
判 定	就 業	適 不 適	
<p>上記のとおり診断する。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 病院又は診療所の所在地 病院又は診療所の名称 医 師 氏 名 </p>			
備考 X線写真で所見のあるものは、必ず検痰又は培養成績記載のこと。			