

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	胸部X線写真所見 (フィルムNo.)	そ の 他 所 見
	月 日		

皮 膚 病	年 月 日	
-------	-------	--

判 定	就 業	適 不 適
-----	-----	-------

上記のとおり診断する。

年 月 日

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

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。