

健康診断書

氏名		年齢		昭和・平成	年	月	日
身長		cm		既往症			
体重		kg		呼吸器系統			
胸囲		cm		神経系統			
座高		cm		消化器系統			
栄養				泌尿器系統			
所見	せき柱	形態		眼疾			
		疾病		耳疾			
	胸部			その他所見			
	皮膚						

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

斜里町長様

医師

印