

健 康 診 断 書

住 所			
氏 名		生年月日	年 月 日
① 感 染 症 疾 患 の 有 無			
結 核	有・無	その他の感染症	有・無
② 精 神 疾 患 の 有 無			
精神疾患	有・無	病名	
問題行動	有・無		
③ 病 歴 (治 療 中 の 疾 病 の 有 無)			
病 名			
所 見			

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

住 所 _____

医療機関名 _____

医 師 名 _____ (印)