

様式第 1 1 号

健 康 診 断 書

住 所

氏 名

年 月 日生

身 長	cm	体 重	kg
血 圧	()		
視 力	右 左	矯 正	右 左
聴 力	右 左		
言 語			
運動機能障害			
その他の所見			

上記のとおり診断する。

年 月 日

住 所

医 師

印

様式第11号

健康診断書

住所 茨城県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇

氏名 免許 花子

昭和52年9月30日生

身長	〇〇〇. 〇 cm	体重	〇〇. 〇 kg
血圧	〇〇〇 ~ 〇〇〇 (mmHg)		
視力	右 左	矯正	右 〇. 〇 左 〇. 〇
聴力	右 異常なし 左 異常なし		
言語	<ul style="list-style-type: none">申請前3か月以内に、医療機関で受診してください。他様式での診断書、事業所の定期健康診断、人間ドック等での診断結果等は不可です。必ずこの用紙にて提出してください。聴力、言語、運動機能障害、その他の所見は、特別な検査までは必要ありません。		
運動機能障害			
その他の所見	特になし		

上記のとおり診断する。

令和 〇 年 〇 月 〇 日

住所 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇〇-〇

〇〇〇〇病院

医師 〇〇 〇〇

印