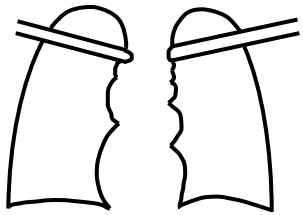




健康診断証明書

〔国公立又はそれに準ずる検査機関に限る〕

氏名				男・女	年 月 日生	
現住所				Tel ()		
身長		. cm		胸部X線検査		
体重		. kg		年 月 日撮影		
視力	右	[.]		間接・直接 No. _____		
	左	[.]		所見		
聴覚		正常 . 異常 []				
検尿	蛋白	- ± + ++ +++				
	糖	- ± + ++ +++				
	潜血	- ± + ++ +++				
	その他					
主な既往症				心臓に関する所見		
備考				血圧	右左 ~ mmHg	
備考				その他の疾病及び異常		
備考				概評	健康・要観察・要医療	

診断の結果上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

検査機関名及び

所在地

医師氏名

印