

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			性別	年 月 日生	
現住所			☎ ()		
身長		. cm	胸部X線検査 年 月 日 撮影 間接・直接 No. _____ 所見 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div>		
体重		. kg			
視力	右	. 省略 (.)			
	左	. 省略 (.)			
聴力	右	省略			
	左	省略			
検尿	蛋白	- ± + 卍 卍	心臓に関する所見		
	糖	- ± + 卍 卍			
	潜血	- ± + 卍 卍			
	その他				
主な既往症		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)