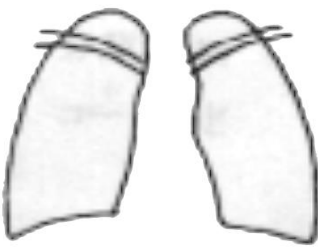


健康診断証明書

フリガナ 氏名		男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)
現住所	〒						
診断事項							
身長	cm			体重		kg	
エックス線検査	エックス線像 (直接・間接どちらでも可)			視力	右	()	
	撮影日 年 月 日				左	()	
				聴力	右	1,000Hz	
	左	1,000Hz					
				検尿	蛋白		
糖							
所見				血圧		~ mmHg	
その他の疾病及び異常(含既往症)							
総合評価							

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

医師名

印