

NO _____

健康診断証明書

氏名 _____ 性別 _____

生年月日 _____

診断年月日	年 月 日	胸部X線検査	年 月 日
身長	cm		
体重	kg		
視力	右	裸眼 矯正 ()	特記事項
	左	裸眼 矯正 ()	
聴力	右	1000Hz(30dB) 4000Hz(25dB)	
	左	1000Hz(30dB) 4000Hz(25dB)	
血圧	mmHg		
検尿	蛋白・糖・ <small>ウロビリノーゲン</small> ()・()・()	学 医	

上記は、健康診断の結果であることを証明します。

年 月 日

医院名

医師名