

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 ・ ウロビリノーゲン () ・ () ・ ()			
			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