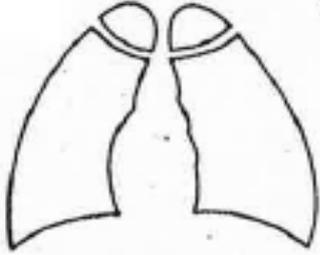


# 健康診断証明書

|            |        |  |   |                                 |                      |  |  |
|------------|--------|--|---|---------------------------------|----------------------|--|--|
| ふりがな       |        |  |   | 住<br>所                          |                      |  |  |
| 氏 名        |        |  |   |                                 |                      |  |  |
| 生年月日       |        | 明治・大正<br>昭和・平成          年    月    日  |   |                                 |                      |  |  |
| 身長         |        | .                      cm  |   | 既往症                             |                      |  |  |
| 体重         |        | .                      kg  |   | 心電図                             |                      |  |  |
| 胸 囲        |        | .                      cm  |   | エ<br>ッ<br>ク<br>ス<br>線<br>所<br>見 | 撮影区分                 | エックス線像   |  |
| 眼          | 視<br>力 | 右  | .                      (                      ) |                                 | 直<br>接<br><br>間<br>接 |  |  |
|            | 左      | .                      (                      )  |   |                                 |                      |  |  |
| 色<br>神     |        | 正常・色弱 (                      )<br>色盲 (                      ) ・ 全色盲  |   |                                 | 所<br>見               | 1. 要医療 2. 要観察 3. 異常なし<br>備考  |  |
| 検 尿        |        | 糖 (                      ) 蛋白 (                      )<br><small>ウロビリノーゲン (                      )</small> |   | 聴<br>力                          | 右                    |  |  |
| 血 圧        |        | /  |   |                                 | 左                    |  |  |
| 所 見<br>備 考 |        |  |   |                                 |                      |  |  |

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

平成    年    月    日

医療機関名

医師氏名