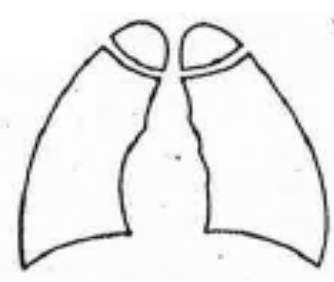


健康診断証明書

ふりがな				住所	
氏名					
生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日	
身長	.	cm	既往症		
体重	.	kg	心電図		
胸囲		.	cm	エックス線	撮影区分
眼	視力	右	.		直接 間接
		左	.		
	色神	正常・色弱 () 色盲 () ・ 全色盲		所見	1. 要医療 2. 要観察 3. 異常なし
検尿		糖 ()	蛋白 ()	ウロビリノーゲン ()	備考
血圧		/		聴力	
		右			
		左			
所見備考					



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