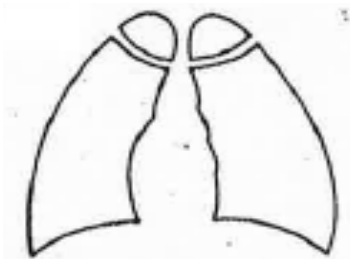


健康診断証明書

ふりがな				住 所			
氏 名							
生年月日		平成 年 月 日					
身 長		.		既往症			
体 重		.		心電図			
胸 囲		.		エ ッ ク ス 線 所 見	撮影区分	エ ッ ク ス 線 像	
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	備 考
検 尿	糖 () 蛋白 (<small>ウロビリ ノーゲン</small>)		聴 力	右			
血 圧	/			左			
所 見 ・ 備 考							
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>医師氏名</p>							