

健康診断証明書

| | | | |
|---|---------|-------|----|
| 氏 名 | | | |
| 生 年 月 日 | 年 | 月 | 日 |
| 身 長 | c m | | |
| 体 重 | k g | | |
| 視 力 | 左 | 裸眼 | 矯正 |
| | 右 | 裸眼 | 矯正 |
| 血 圧 | / mmHg | | |
| X 線 検 査 | フィルム番号 | | |
| | 所見 | | |
| 尿 検 査 | 蛋 白 () | 糖 () | |
| 備 考 | | | |
| <p>上記のとおり証明します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医 師 名 ㊟</p> | | | |

※検査する医療機関が発行している用紙でも可