

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			
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関名 医 師 名 (印)			

※検査する医療機関が発行している用紙でも可