

# 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 <span style="float: right;">㊞</span></p> |         |       |    |

※検査する医療機関が発行している用紙でも可