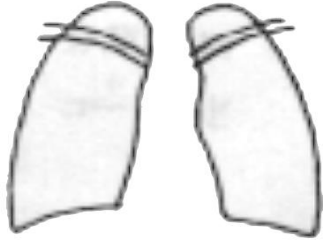


健康診断証明書

フリガナ氏名		男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)
現住所	〒						
診断事項							
身長	cm		体重		kg		
エックス線検査	エックス線像 (直接・間接どちらでも可)		視力	右	()		
	撮影日 年 月 日			左	()		
			聴力	右	1,000Hz		
				4,000Hz			
			検尿	左	1,000Hz		
4,000Hz							
	蛋白						
	糖						
所見			血圧		~ mmHg		
その他の疾病及び異常(含既往症)	【感染症の既往】 麻疹(無・不明・有 歳) 風疹(無・不明・有 歳) ムンプス(無・不明・有 歳) 水痘(無・不明・有 歳)						
総合評価							

※感染症に関する項目については、健康管理・感染症対策の見地から記載していただくものです。

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

所在地 〒

医療機関名

医師名

印