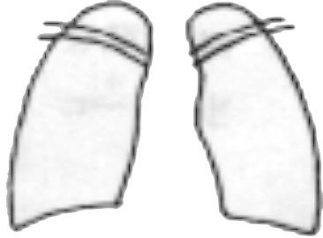


# 健康診断証明書

フリガナ氏名		男 女	生年月日	昭和 平成	年	月	日生 (歳)
現住所	〒						
<b>診断事項</b>							
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			
所見			検尿	蛋白			
所見			検尿	糖			
その他の疾病及び異常(含既往症)							
総合評価							

**【内容についてのお問い合わせ先：産業医科大学保健センター 093-691-7364(直通)】**

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