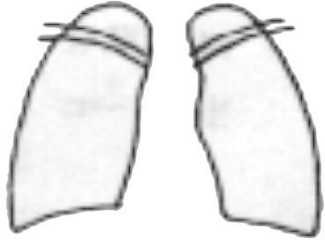


健康診断証明書

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			
			左	1,000Hz			
				4,000Hz			
	検 尿	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