

健康診断証明書

氏名

性別

生年月日

年

月

日生

身長

cm

体重

kg

視力

右

・

(・)

左

・

(・)

胸部X線

年

月

日

撮影

直接 ・ 間接

No.

所見

尿検査

蛋白 ()

糖 ()

潜血 ()

血圧

/

mmHg

備考

上記の通り証明いたします

年

月

日

所在地

機関名

医師氏名

印