健　康　診　断　証　明　書

 　 氏　　名

 生年月日 平成　　　年　　　月　　　日生

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 身　　長 | cm | 聴　　力 | 右　　　　　左 |
| 体　　重 | kg | 握　　力 | 右　　　　　　 kg |
| 胸　　囲 | cm | 左　　　　　　 kg |
| 運動機能 |  | 検　　尿 | 糖　　（　　　　） |
| 蛋白　（　　　　） |
| 色　　覚 |  | 血　　圧 | / |
| 血 液 型 |  |
| 視　　力（矯正視力） | 右　　　　 （　　 　 ） | 既 往 歴 |  |
| 左　 　　　（　 　 　） | 家 族 歴 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 胸部Ｘ線検査撮影年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 胸部所見 |  |
| その他の所見 |  |
| 判 定 |  |

 上記のとおり相違ないことを認める。

 　　　令和　　　年　　　月　　　日

 医療機関名

 医　師　名