

健康証明書

氏名		男・女	西曆 年 月 日生	満 歳
住所				
身長		cm	視力 右 () 左 ()	血圧 mm/Hg
体重	kg	聴力	右 左	糖尿 蛋白 潜血
既往症 ・ 現症				
胸部 レントゲン 所見	(年 月 日撮影)			
判定				
上記のとおり診断した事を証明する。				
年 月 日				
住所				
医療機関名				
医師				
				印