

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	検 尿 糖 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。 <div style="text-align: center; margin-top: 20px;"> 年 月 日 住 所 医療機関名 医 師 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> </div>				