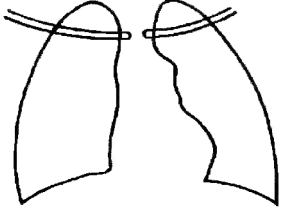


健康診断証明書

フリガナ		男 ・ 女	【生年月日】	
氏名			年	月
住所 〒				
電話番号 ()				
身長	cm	<div style="text-align: center;"> <p>【胸部X線直接撮影】</p> <p>直接撮影 年 月 日</p>  </div>		
体重	kg			
視力	右裸眼 . 右矯正(.)			
	左裸眼 . 左矯正(.)			
聴力	右1000Hz 所見なし 所見あり()			
	右4000Hz 所見なし 所見あり()			
聴力	左1000Hz 所見なし 所見あり()			
	左4000Hz 所見なし 所見あり()			
【心電図検査】		【既往歴】		
【自覚症状の有無】		【他覚症状の有無】		
【医師の診断】				
【備考】				
上記のとおり診断いたしました。				
年 月 日		病院住所		
		電話番号		
		医師氏名		医師印