


# 健康診断証明書

|   |      |       |  |   |        |  |  |
|---|------|-------|--|---|--------|--|--|
| 住 所   |      |       |  |   |        |  |  |
| 氏 名   |      | 男・女   | 生年月日   | 昭和・平成   | 年 月 日生 |  |  |
| 身 長   | ・ cm |       | 胸<br>部<br>エ<br>ッ<br>ク<br>ス<br>線<br>所<br>見<br>断 | 平成 年 月 日撮影  |        |  |  |
| 体 重   | ・ kg |       |  | 直 接 間 接   |        |  |  |
| 視 力   | 右    | ・ ( ) |  |  |        |  |  |
|   | 左    | ・ ( ) |  |   |        |  |  |
| 聴 力   | 右    |       | 所 見  |   |        |  |  |
|   | 左    |       | ( )  |   |        |  |  |
| 検 尿   | 糖    | ( )   | 血 圧  | / mmHg  |        |  |  |
|   | 蛋 白  | ( )   | 既往症  |   |        |  |  |
| その他の所見                                      |      |       |  |   |        |  |  |
| 上記のとおり証明する。<br>平成 年 月 日<br>診断者 住 所<br>氏 名 印 |      |       |  |   |        |  |  |

勤務先の会社等で今年（平成20年1月1日以降）に実施した健康診断による証明書でも可とします。ただし、上記検診項目がすべて実施されていない場合は、未検診項目についても検診の上、併せて提出してください。