健　康　診　断　証　明　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 |  | 所属 |  |
| 生年月日 | 年　　　月　　　日 |
| 性　別 |  |
|  | | | |
| 身体計測 | 身長　（　　　　　　　）cm　　　体重　（　　　　　）kg | | |
| 問診  および  内科所見 |  | | |
| 胸部Ｘ線 | 直接・間接　　　　　　撮影番号　　（　　　　　　　　　　）  所見 | | |
| 血圧・脈拍 | 血圧　　　　　　　　/　　　　　　mmHg  　脈拍 　 /分 | | |
| 日常生活上の支障の有無 |  | | |
| その他の特記事項 |  | | |
| 健康診断実施日　　　令和　　　年　　　月　　　日  　上記のとおり証明致します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　住所    医師 | | | |