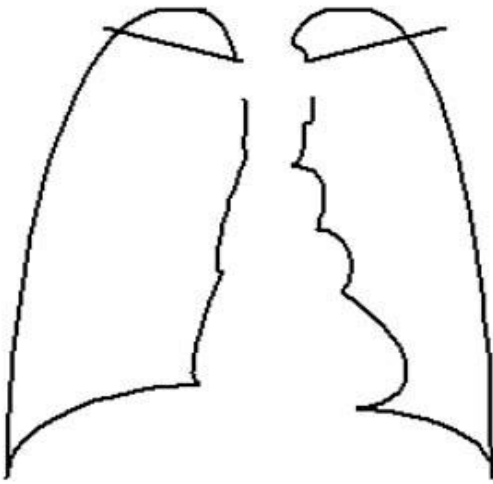


健康診断証明書

住 所					
氏 名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	歳
既 往 症		貧血検査	赤血球数(万/mm ³)		
			血色素(g/dl)		
自覚症状		肝機能検査	GOT(IU/l)		
			GPT(IU/l)		
身 長	cm	尿検査	蛋 白		
体 重	kg		糖		
血 圧	/ mmHg		ウロビリノーゲン		
胸 部 X 線	 <p>撮影日 年 月 日 (直接撮影)</p> <p>所見</p>				
総合所見					

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印

TEL