

健康診断証明書

住 所				
氏 名		生年月日	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				
	撮影日	年 月 日	(直接撮影)	
	所見			
総合所見				

上記のとおり診断いたします。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印

TEL