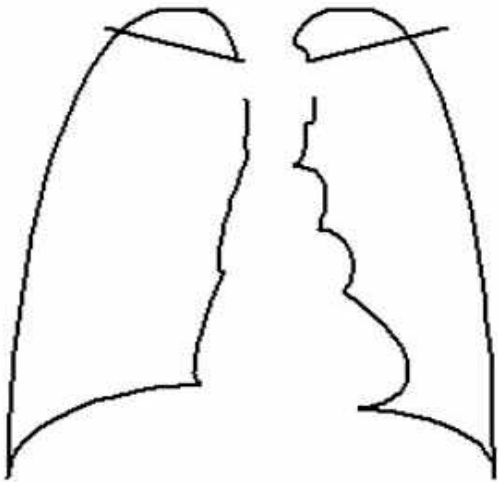


# 健康診断証明書

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 <sup>3</sup> )	
			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-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。

平成 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師名

印

TEL