

健康診断証明書

氏 名：

性 別： 男 ・ 女

生年月日： 昭和・平成 年 月 日生

身体計測	身長	cm	体重	kg	胸囲	cm
	視力			右		左
			裸眼			
			矯正			
内科的疾患	ない・ある（					
外科的疾患	ない・ある（					
法定伝染病的疾患	ない・ある（					
胸部レントゲン	定期：	年	月	日		
間接撮影	所見：					
備 考	色覚：					

上記は定期健康診断の所見であることを証明する。

平成 年 月 日