

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 間接撮影	定期：	年	月	日	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