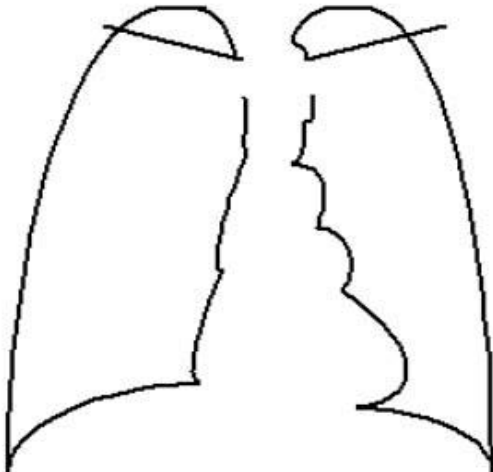


# 健康診断証明書

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 <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		尿検査	蛋 白		
体 重	cm		糖		
血 圧	kg		ウロビリノーゲン		
胸  部  X  線					
	撮影日	年 月 日	(直接撮影)		
総合所見	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