

健康診断書

Health certificate

(所定様式)

姓名 Name					
性別 Sex	<input type="checkbox"/> 男 Male <input type="checkbox"/> 女 Female	生年月日 Date of birth	年 Year	月 Month	日 Day
現住所 Present address					
診断項目 Medical Items					
身長 Height		cm	<input checked="" type="checkbox"/> X線検査 Chest X-ray examination		<input checked="" type="checkbox"/> 心電図 Electrocardiogram
体重 Weight		kg	年 Year	月 Month	日 Day
視力 Eyesight	左 Left	所見 <input type="checkbox"/> 健康 Normal <input type="checkbox"/> 要観察 To be rechecked <input type="checkbox"/> 要治療 Requires medical treatment	所見 <input type="checkbox"/> 健康 Normal <input type="checkbox"/> 要観察 To be rechecked <input type="checkbox"/> 要治療 Requires medical treatment	年 Year	月 Month
	右 Right				
聴力 Hearing					
血圧 Blood pressure	/				
言語 Speech					
運動 Physical exercise					
その他 Others					
尿 Urine	蛋白 (- ± +) Protein	既往症 Present status			
	糖 (- ± +) Glucose				
	潜血 (- ± +) Hemoglobin				
上記の通り相違ないことを証明いたします。 I hereby certify that the above-mentioned in the official diagnosis.					
年 月 日 Year Month Day					
所在地 Address					
医療機関名 Office					
医師名 Physician's name					印 Stamp
署名 Signature					