

健康診断証明書

【苫小牧市立病院初期臨床研修医採用試験用】

住 所			
フリガナ		性別	(男 ・ 女)
氏 名			
生 年 月 日	(昭和 ・ 平成) 年 月 日	年 齢	歳
身 長	cm	胸部 X 線 検 査	間接撮影年月日 令和 年 月 日
体 重	kg		関節所見:
視 力	右 ()		直接撮影年月日 令和 年 月 日
	左 ()	直接所見:	
聴 力	右 (正 ・ 難) 左 (正 ・ 難)	既 往 歴	
尿 検 査	蛋白 (ー + ++ +++)	診 察 所 見	
	糖 (ー + ++ +++)		
	潜血 (ー + ++ +++)	備 考	
血 圧	/ mmHg		

上記のデータは、令和5年度に実施した健康診断の結果であることを証明いたします。

令和 年 月 日

実 施 機 関 名 印

医 師 名