

検 診 証 明 書

平成 年 月 日

医 師 住 所

印

医 師 氏 名

印

下記のとおり _____ 人の健康診断を実施したことを証明します。

記

1. 検 診 項 目 既往歴及び業務歴の調査、自覚症状及び他覚症状の有無の検査、体重、腹囲、身長、視力及び聴力の検査、胸部X線検査、血圧の測定、貧血検査、肝機能検査、血中脂質検査 (HDL コレステロールの項目を含む)、尿検査、心電図検査、血糖検査

2. 受 診 者

No.	氏 名	建設事業主記入欄		医師記入欄	
		職 種	雇 用 期 間	検診年月日	直接要した費用
1			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	円
2			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
3			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
4			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
5			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
6			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
7			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
8			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
9			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
10			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
11			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
12			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
13			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
14			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
15			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
16			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
17			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
18			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
19			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
20			平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	平成 年 月 日	
計					