

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 | | | | | | |