

診断証明書

氏 名 _____ 様

生年月日 _____ 明治・大正・昭和 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所：〒 _____

下記の必要事項にご記入下さい。

1. 血 圧 _____ ～ _____ (数値をご記入下さい)
2. 心電図 _____ 正常範囲 (該当の場合は○)
3. 心肺系 _____ 異常なし (該当の場合は○)

4. 病名：有無

有に○をつけた場合は、病名をご記入下さい。

病名 _____

5. その他の特殊な配慮の要否

上記の診断結果により、飛行機の搭乗に問題がないと診断します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

病院名： _____

お医者様のサイン _____

(印鑑・可)