

# 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)