

診断証明書

氏名 _____ 様

生年月日 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。

(該当の場合は入れてください)

_____ 年 _____ 月 _____ 日

住所： _____

病院名： _____

お医者様のサイン _____

(印鑑・可)