

健康診断書

学部 学科 年

学籍番号		性別		
氏名			生年月日	年 月 日生

身長		cm	胸部X線 検査	撮影日	
体重		kg		所見	
視力	右	()	内科診察		
	左	()			
検尿	蛋白		備考		
	糖				

上記のとおり証明いたします。

医療機関	診察日	
	所在地	
	電話番号	
	名称	
	医師	
		印