

# 健康診断証明書

学部・学科		学籍番号	
氏名			
生年月日	年 月 日生		

身長	cm	体重	kg
視力	矯正 右 ( ) 左 ( )		
聴力	右 左	血圧	/ mmHg
検尿	糖 ( ) 蛋白 ( )		
胸部X線	撮影年月日 年 月 日 所見	直接撮影・デジタル撮影 間接撮影 (番号 )	
主既往歴			
備考			

上記のとおりであることを証明します。

年 月 日 医療機関名

医師名

印