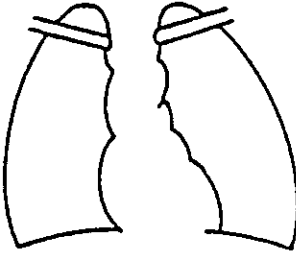


健康診断証明書

学生No.

氏名				年 月 日生	
現住所				☎ ()	
身長		. cm		<胸部X線検査> 年 月 日 撮影 間接・直接 No. _____ 所見 	
体重		. kg			
視力	右	. (.)			
	左	. (.)			
聴力	右	1000Hz			
		4000Hz			
	左	1000Hz			
		4000Hz			
検尿	蛋白	- ± + 2+ 3+		内科診察 〔聴診 理学所見〕	
	糖	- ± + 2+ 3+			
	潜血	- ± + 2+ 3+			
	その他				
主な既往症				血圧	右左 ~ mmHg
備考				その他の疾病及び異常	
				概評	健康・要観察・要医療

診断の結果上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

検査機関名及び所在地

医師氏名