


# 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	省略 ( . )			
	左	省略 ( . )			
聴力	右	1000Hz	省略		
		4000Hz	省略		
	左	1000Hz	省略		
		4000Hz	省略		
検尿	蛋白	- ± + 2+ 3+		内科診察 〔聴診 理学所見〕	
	糖	- ± + 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					