


# 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+			
	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					