

尿検査用紙

医療機関(内科・婦人科などのクリニック)で再検査を受けて、結果をを提出して下さい。  
※この用紙に結果を記入してもらってください。

再検査の費用は、自己負担となりますのでご了承下さい。

※太枠内は各自で記入して下さい。

学生番号						
氏名						
生年月日	年	月	日	年齢	才	
住所						
電話番号						
検尿	蛋白	-	±	+	2+	3+
	糖	-	±	+	2+	3+
その他						
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					印	

✂  
キリトリ線

キリトリ線

