

健康診断証明書

No.

カ ナ 氏 名	学生番号		
生年月日	昭和・平成	年	月 日 性別
所 属	学部		学科

計 測	身 長	体 重	
	c m	kg	
視 力	右 ()		左 ()
検 尿	糖	蛋 白	ウロビリノーゲン
胸部X線 撮 影			
診断所見			
総合判定			

上記のとおり診断致します

平成 年 月 日

住所

医師

印