

学 生 健 康 診 断 証 明 書

		生年月日		
氏 名				
身 長	cm	既往症		
体 重	kg			
視 力	()			
	右	()		
	左	()		
胸部X線検査 直接 間 接		聴打診所見		
撮影日 所 見				
備 考	検尿： 蛋白()・糖() 血圧： / mmHg			
年 月 日 医療機関住所 医療 機 関 名 医師氏名 _____ 印 _____				