

# 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 心電図:			
年    月    日  医療機関住所 医療機関名  医師氏名 _____ 印				