

学 生 健 康 診 断 証 明 書

氏 名	生年月日			生
身 長	c m	検 尿	蛋白 ()	
体 重	k g		糖 ()	
視 力	右	()		
	左	()		
胸 部 X 線 検 査 直 接 間 接		聴打診所見		
撮影日 所 見				
その他				
年 月 日				
医療機関住所				
医療機関名				
医師氏名				印