

学 生 健 康 診 断 証 明 書

氏 名		生年月日	
身 長		c m	蛋白 ()
体 重		k g	糖 ()
視 力	右	()	血 壓 / mmHg
	左	()	
胸 部 X 線 檢 查 直 接 間 接			
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