

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	()	血 圧	/ mmHg
	左	()		
胸部 X 線 検 査 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				