

学 生 健 康 診 断 証 明 書

氏 名		生年月日		
身 長		c m	検 尿	蛋白 ()
体 重		k g		糖 ()
視 力	右	()	血 壓	/ mmHg
	左	()	心電図	
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 <u>医師氏名</u> <u>印</u>				