

健康診断証明書

氏 名		性 別	
生年月日		学 籍 番 号	

検 査 年 月 日	年 月 日		
身 長	c m		
体 重	k g		
視 力		裸眼	矯正
	右		()
	左		()
血 圧	/ mmHg		
尿 検 査	蛋白 ()	糖 ()	潜血 ()
胸 部 X 線 撮 影			
医 師 所 見			
総 合 判 定			

上記のとおり証明します

年 月 日

医療機関名

医師名

印