

# 健康診断書

学生番号		生年月日	年 月 日
氏 名			
身 長	cm	体 重	kg
胸部X線撮影	直接・間接 No. 所見		
血 圧	/ mmHg		
尿 検 査	蛋白( ) 糖( ) 潜血( )		
疾病及び異常	無 ・ 有		
既 往 症			
上記の通り相違ありません。			
年 月 日			
住 所			
医師氏名			
印			