

健康診断書

（二重枠線内は本人記入）

学生番号			
氏名	男 女	生年 月日	年 月 日生（ 歳）
身長	. cm	体重	. kg
血圧	/ mmHg		
視力	右 . , 矯正 左 . , 矯正	眼鏡・コンタクト（ . ） 眼鏡・コンタクト（ . ）	
胸部X線検査 （間接・直接）	撮影 年 月 日 レントゲン No. 所見：		
内科診察 （聴診・打診）	所見		
特記事項			

上記の通り診断します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師

印