

健康診断証明書

大学院・専攻科・大学・短大		所 属	学 科 年 組 番			
氏 名			生年月日	昭和 平成	年 月 日	
身 長	cm		胸部エックス線 直接撮影 ・ 間接撮影 年 月 日 撮影 所 見			
体 重	kg					
B M I						
		判定	異常なし ・ 放置可 ・ 要観察 ・ 要精査			
胸部理学的 所 見						
その他の 疾 病						
備 考						
上記の通り相違ないことを証明します。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 印						