

健康診断結果証明書

学籍番号				学生氏名	
身長		. Cm		内科 検 診	所見なし / 所見あり
体重		. Kg			所見の内容:
BMI					
視力	右	. 矯正 (.)			
	左	. 矯正 (.)			
血圧		/ mmHg			
検尿	蛋白:				
	潜血:				
	尿糖:				
胸部 レントゲン (結核検診)	直接撮影 / 間接撮影			心電図 ※	所見なし / 所見あり
	所見なし / 所見あり				所見の内容:
	所見の内容:				
	医師の指示事項:				
事後措置	1. 正常				
	2. 注意 ()				
	3. 経過観察 ()				
4. 再検査 ()					
○学校・日常生活・運動・就職活動を行う上での指示事項(病状による可能な職種など):					
1. なし					
2. あり ()					
医療機関証明欄	上記の通り相違ないことを証明します。				
	年 月 日				
	医療機関住所				
	医療機関名				
	担当医師名				
	印				

※ 心電図検査は、新入生(学部生・編入生・転入生・大学院生)と体育系クラブ、準クラブ所属学生が対象です。それ以外の方は、必要ありません。