

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 | | | 医師の指示事項: | |
| 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 | | | 所見なし / 所見あり | | |
| | 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 | | | | | | |