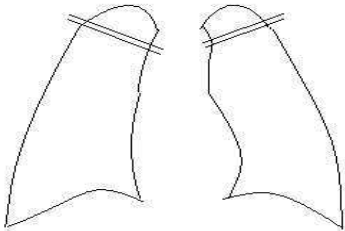


**都留文科大学 科目等履修生志願者
健康診断書**

フリガナ				性別
氏名				男・女
生年月日	昭和・平成	年	月	日
現住所				
診 断 事 項				
身長	cm	体重	kg	
血圧	～ mmHg			
視力	右	()	[()内は矯正視力]	
	左	()		
検尿	蛋白		胸部 X 線 検 査 間接・直接 No. 月 日 撮影	
	糖			
	潜血			
聴力	右			
	左			
内科診察				
その他の 疾病及び 異常			所 見	
<p>診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住 所 (所在地)</p> <p style="text-align: center;">医 療 機 関 名</p> <p style="text-align: center;">医 師 の 氏 名 印</p>				