

健康診断証明書（健診H1およびB3）

太枠内を記入してください。

フリガナ 氏名			
学籍番号		学 年	年
所属・学年	<input type="checkbox"/> 人文社会科学部 <input type="checkbox"/> 教育学部 <input type="checkbox"/> 医学部（医学科・保健学科・心理支援科学科） <input type="checkbox"/> 理工学部 <input type="checkbox"/> 農学生命科学部		
生年月日	西 暦	年	月 日（ 歳）

下記は医療機関を受診し、記載してもらってください。

身長	cm	体重	kg
血 圧	/ mmHg		
胸部X線検査	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり（ ）	
内科所見	<input type="checkbox"/> 異常なし	<input type="checkbox"/> 異常あり（ ）	
年 月 日			
医療機関名			
所在地			
電話番号			
医師名			
⑩			

（学生健康診断外部受診者用）

2025年4月 弘前大学