

## 健康診断証明書（本町・在学生）

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
	医学部 <input type="checkbox"/> 医学科 <input type="checkbox"/> 保健学科 <input type="checkbox"/> 心理支援科学科 大学院 <input type="checkbox"/> 医学研究科 <input type="checkbox"/> 保健学研究科		
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		
検 尿	蛋白 ( )	潜血 ( )	糖 ( )
胸部X線検査	<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 <span style="float: right;">⑩</span>			

（学生健康診断外部受診者用）

2024年4月 弘前大学