健康診断書

亜細亜大学

氏名		学籍番号	
生年月日	年 月 日	性別	
身長	cm	体重	kg
視力	右 . (.) 左 . (.)		
胸部 X 線 検 査		総合 判定	
撮影番号: 撮影年月日: 年 月 日 所見:			
上記の通り診断します 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名 印			

大学記入欄	
-------	--

受付日: 年 月 日