


平成28年度 首都大学東京

健康診断書

ふりがな		生年月日	男・女
氏名		S. T. . . M.	
診 断 事 項			
結核	直接 (撮影年月日)		間接 (撮影番号)
所見			
その他の疾病 及び異常	病名 無・有 ()		
受診日	年 月 日		
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名 印			

記入上の注意

1. エックス線検査の欄については、直接撮影の場合は、撮影年月日を、間接撮影の場合は、撮影番号を記入してください。

受 理 番 号