


平成29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 | 無・有 (病名) | | |
| 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 |
| |