

※医療機関指定の健康診断書がある場合は、そちらを使用しても良い。

医療機関記入

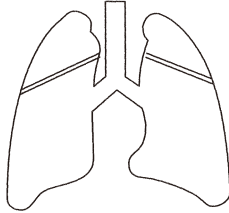
※受験番号

※記入不要

## 健康診断証明書

長崎ウエスレヤン大学

検診日：      年      月      日

フリガナ氏名		男 女	生年月日		
身長	cm	内科的所見			
体重	kg				
視力	裸眼	左	右	尿検査	蛋白
	矯正				糖
聴力 (所見)			血 圧		mmHg
胸部X線検査	直接	(所見)			
	間接				
		検査日：      年      月      日			
		フィルムNo.			
主な既往症					
備 考					
健康診断を実施した機関・住所・電話番号					
医師署名					(印)

(医師へのお願い) 本診断書は、発行者において厳封してください。