

健康診断書

提出先：甲南女子大学保健センター

提出日 年 月 日

氏名	
学部	学部
学科	学科
学年・学籍番号	年生 ・ 学籍番号：
大学院(前・後)	研究科 博士(前期・後期)課程
身長	cm
体重	kg
視力	右(矯正) ()
	左(矯正) ()
胸部 X 線撮影(所見)	異常なし。ほぼ正常。要受診・検査(3ヶ月以内・6ヶ月以内・1年後)。治療中
内科診察(所見)	異常なし。ほぼ正常。要受診・検査(3ヶ月以内・6ヶ月以内・1年後)。治療中
年 月 日	
医療機関名及び所在地	
医師名	
印	