


2026年度 東京都立大学

健康診断書

フリガナ		生年月日	性 別
氏 名		年 月 日	
診 断 事 項			
結 核	<div>直接（撮影年月日）</div> <div>間接（撮影番号）</div> 		
所 見			
その他の疾病及び異常	無 ・ 有 （ ）		
受診日	年 月 日		
<div>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</div> <div>年 月 日</div> <div>住 所（所在地）</div> <div>医 療 機 関 名</div> <div>医 師 氏 名 印</div>			

※記入上の注意

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