

2026年度 東京都立大学

健 康 診 斷 書

| | | | |
|------|--|-------|-----|
| フリガナ | | 生年月日 | 性 別 |
| 氏 名 | | 年 月 日 | |

診 斷 事 項

| | |
|----------------|---|
| 結 核 | <p>直接（撮影年月日）</p> <p>間接（撮影番号）</p>  |
| 所 見 | |
| その他の疾 病及び異常 | 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。

年 月 日

住 所（所在地）

医 療 機 関 名

医 師 氏 名

印

※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。