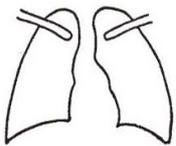


## 健康診断書

\*太枠内は、学生自身が記入してください。

学籍番号			
フリガナ 氏名	生年月日	西暦	年 月 日生
	年齢	歳	
住所			電話番号

【健康診断結果】			
既往症	1.特記事項なし 2.あり ( )		胸部X線 検査  1.間接 2.直接 3.( )
現在治療中の疾患	1.特記事項なし 2.あり ( )		
身長	cm		所見  ( )
体重	kg		判定 1.異常なし 2.経過観察 3.要医療
血圧	/ mmHg		
視力	区分	裸眼・矯正(眼鏡・コンタクト)	
	右	. ( . )	
左	. ( . )		診察所見 1.特記事項なし 2.あり
検尿	蛋白	- ± 1+ 2+ 3+	
	糖	- ± 1+ 2+ 3+	
健診実施日	年 月 日		
健診実施施設名	*以下、大学記入欄(何も記入しないでください。)		
住所			
電話番号 健診を実施した医師名			
	学医判定日	年 月 日	
	診断	1.異常なし 2.要経過観察 3.要治療 4.その他( )	
	判定	1.自動発行可 2.不可	
	医師名		