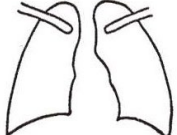


健康診断書

\*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	所見   (                      )
現在治療中の疾患	1.特記事項なし 2.あり (                      )			
身長	cm		判定	1.異常なし 2.経過観察 3.要医療
体重	kg			
血圧	／ mmHg		診察所見	1.特記事項なし 2.あり
視力	区分	裸眼・矯正(眼鏡・コンタクト)		
	右	. ( . )		
	左	. ( . )		
検尿	蛋白	- ± 1+ 2+ 3+		
	糖	- ± 1+ 2+ 3+		
健診実施日	年          月          日		*以下、大学記入欄(何も記入しないでください。)	
健診実施施設名  住所 電話番号			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
健診を実施した医師名			医師名	