

健康診断書

資格

下記の者の健康診断をお願いいたします。

| | | |
|---------------|---------|--|
| 大学 使用 欄 | 科目等No | |
| | 学籍番号(院) | |

| | | | | | |
|-------------------|--|------------|----|----------------|---|
| 本人 記入 欄 | フリガナ | | | 生年月日 | |
| | 氏名 | 男・女 | | 昭和 平成 | 年 月 日生 (歳) |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 胸部 X線 撮影 | 直接 (No. :) デジタル (No. :) 平成 年 月 日 撮影 |
| 視力 | 右 | (.) | | |  |
| | 左 | (.) | | | |
| 血圧 | / mmHg | | | 所見 | 異常なし 異常あり [具体的な内容:] |
| 検尿 | 糖()・蛋白()・潜血() <input type="checkbox"/> 生理 | | | | |
| 身体 障害 | 運動 | 無・有 [部位:] | | 自覚症状 | 無・有 [具体的な内容:] |
| | 聴覚 | 無・有 [右・左] | | 他覚症状 | 異常なし 異常あり [具体的な内容:] |
| | 言語 | 無・有 [] | | | |
| アレルギー (食品・薬など) | 無・有 [具体的な内容:] | | | | |
| 現病歴 | 無・有 [病名:] [治療内容と経過: (服薬: 無・有)] | | | | |
| 既往歴 (年齢) | | | | | |

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。

令和 年 月 日 住所(所在地)

医療機関名

電話番号

医師の氏名

印

國學院大學 保健室