

## 健 康 診 断 書

フリガナ	
氏名	(男・女)
生年月日	年 月 日

学 科		学科
専 攻		年 生
学 年		
学籍番号		

検 診 項 目					
身長	cm	体重	kg		
胸 部 X 線 検 査	所見		一 般 血 球 検 査	白血球数	
	健康 ・ 要精密 ・ 要医療			赤血球数	
				血小板数	
				血色素数	
				ヘマトクリット値	
尿 検 査	尿 糖		尿 蛋 白		
視 力	測定時の状態： 裸眼   メガネ   コンタクト				
	右			左	
主な既往症および現在症					
その他特記事項					
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>平成   年   月   日</p> <p style="text-align: right;">所 在 地</p> <p style="text-align: right;">医療機関名</p> <p style="text-align: right;">医師氏名</p>					