健 康 診 断 書

入力	発行可	転記

学籍番号		
フリガナ		□男 □女
氏　名		
生年月日	西暦　　年　　月　　日　（　　歳）	
現住所	〒　　［電話（　　）　　－　　］	

検査項目

身長	cm		聴力 ※会話法で可	右	所見なし　・　所見あり
体重	kg			左	所見なし　・　所見あり
B.M.I			尿検査	蛋白（　　）糖（　　）潜血（　　）	
血圧	/ mmHg		胸部レントゲン	直接　・　間接 □ 異常なし　　□ 異常あり 所見： 撮影日（　　年　　月　　日）	
視力	右	（　　）			
	左	（　　）			
既往歴					
その他の疾病・異常					

検査の結果、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

医師の氏名　　印

判定	再検査不要　・　要再検査　・　要精密検査