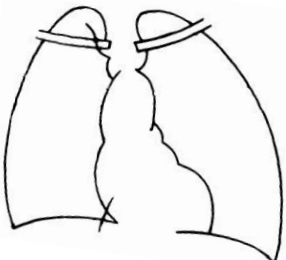


# 健康診断書

氏名		男・女	生年月日	
		学籍番号		
身長	.      cm	体重	.      kg	
胸部 X 線				
撮影年月日:      年   月   日      間接・直接      フィルム番号:(      )				
所見	診断			
				
既往歴および現病歴				
摘要(アレルギーなど)				
上記の通り診断いたします				
令和      年      月      日				
医療機関名				
所在地				
医師氏名				印

◆胸部X線は、間接または直接のいずれかに○印をつけて下さい

(大学2・3年生用 但し教職課程受講者以外)