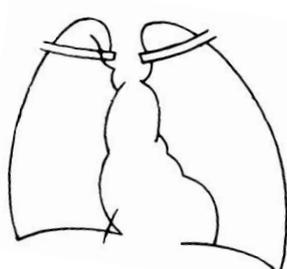


# 健康診断書

氏名			男・女	生年月日		
				学籍番号		
身長	. cm	体重	. kg	血圧	/	
尿検査	尿蛋白 (            )		尿糖 (            )		尿潜血 (            )	
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

(新入生適用)