


# 健康診断書

資格書式3

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. )	
視力	右	( . )			デジタル (No. )	
	左	( . )			平成 年 月 日撮影	
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			自覚症状	無・有 [具体的な内容: ]	
身体 障害	運動	無・有 [部位: ]			他覚症状	異常なし 異常あり [具体的な内容: ]
	聴覚	無・有 [右・左]				
	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