


学籍番号
(本人記入)

健康診断書

ふりがな 氏名		男・女		現住所 〒		
年 月 日生 (満 歳)						
身長/体重	. cm	. kg	尿	蛋白		
血 圧	mmHg ~ mmHg			糖		
視 力	右	()		潜血		
	左	()	血液	血液一般	赤血球数 $\times 10^4/\mu l$	
聴 力	右	正 常 異 常		血色素量	g/dl	
	左	正 常 異 常		肝機能	GOT	IU/l
胸部X線 所 見	 令和 年 月 日 撮影 判定 ()				GPT	IU/l
					γ -GTP	IU/l
			腎機能	クレアチニン	mg/dl	
			糖代謝	血糖	mg/dl	
心電図 所見						
インフルエンザ予防接種 可 ・ 不可		*不可の方は理由を記入してください				
その他特記事項・既往歴						
審査の結果、上記の通り相違ないことを証明する。				令和 年 月 日		
医療機関名						
所在地 (Tel)						
医師名				印		