

健康診断書

(二重枠線内は本人記入)

|                     |                                |        |          |            |
|---------------------|--------------------------------|--------|----------|------------|
| 学生番号                |                                |        |          |            |
| 氏 名                 |                                | 男<br>女 | 生年<br>月日 | 年 月 日生( 歳) |
| 身 長                 | . cm                           | 体 重    |          | . kg       |
| B M I               |                                | 血 圧    |          | / mmHg     |
| 胸部 X 線検査<br>(間接・直接) | 撮 影 年 月 日<br>レントゲン No.<br>所 見: |        |          |            |
| 内科診察<br>(聴診・打診)     | 所 見:                           |        |          |            |
| 特記事項                |                                |        |          |            |

上記の通り診断します。

年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師

印