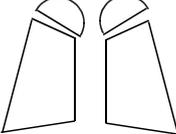


# 健康診断書

(医師が必ずすべてを記入すること)

氏名 \_\_\_\_\_  男  女 生年月日 \_\_\_\_\_ ※外国籍者のみ 国籍 \_\_\_\_\_

現住所 \_\_\_\_\_

1. 身長 _____ cm, 体重 _____ kg, 胸囲 _____ cm, 視力 裸眼 _____ 矯正 _____ 聴力 _____ 色神 _____ 左 _____ / _____ 左 _____ 正常・・・・ <input type="checkbox"/> 右 _____ / _____ 右 _____ 異常・・・・ <input type="checkbox"/>	
2. 既往症について、ある場合はチェック <input type="checkbox"/> し、その罹患時の年齢を記入して下さい。 結核 <input type="checkbox"/> _____ 歳 マラリア <input type="checkbox"/> _____ 歳 リューマチ <input type="checkbox"/> _____ 歳 てんかん <input type="checkbox"/> _____ 歳 腎疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 心臓疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳 糖尿病 <input type="checkbox"/> _____ 歳 アレルギー <input type="checkbox"/> _____ 歳 その他の伝染病疾患 <input type="checkbox"/> _____ 歳	
3. 現在、病気があればチェックして下さい。 扁桃腺、鼻又は咽喉・・・ <input type="checkbox"/> 心臓又は血管…………… <input type="checkbox"/> 胃又は消化器官…………… <input type="checkbox"/> 泌尿生殖器…………… <input type="checkbox"/> 脳又は神経組織…………… <input type="checkbox"/> 血液又は内分泌器官…………… <input type="checkbox"/> 肺又は呼吸器官…………… <input type="checkbox"/> 骨、関節又は運動器官…………… <input type="checkbox"/> その他内臓器官…………… <input type="checkbox"/> 皮膚…………… <input type="checkbox"/>	4. エックス線検査 健康…………… <input type="checkbox"/> 要観察…………… <input type="checkbox"/> 要医察…………… <input type="checkbox"/> 撮影年月日 _____ 所見 _____ 
5. 診断の結果、本人の健康状況は次の通りである。 優…………… <input type="checkbox"/> 良…………… <input type="checkbox"/> 可…………… <input type="checkbox"/> 不可…………… <input type="checkbox"/>	7. その他特記事項
6. 本人の健康状況は本学での修学に支障がないか。 可…………… <input type="checkbox"/> 不可…………… <input type="checkbox"/>	

診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。

署名

氏名

住所

印

診断年月日 \_\_\_\_\_