沖縄国際大学(研究生) 健 康 診 断 書

ふりがな		性　別	
氏　名		男　　女	
生年月日	年　　月　　日	歳 (健康診断受診時現在)	
住　所	(〒　　－　　)		
電話番号	(　　)　　－	※身体障害者手帳を有する場合は等級を記入(　　級)	

身　長		cm	胸部X線検査	
体　重		kg	直接 ・ 間接	
視　力	右	(　　)	年　月　日 撮影	
	左	(　　)	(撮影番号　　)	
聴　力	右	異常なし ・ 異常あり	異常なし ・ 異常あり	
	左	異常なし ・ 異常あり		
血　圧		／　　mmHg	特記事項	
検　尿	蛋白(　　)　糖(　　)　潜血(　　)			
主な既往歴				
その他の疾病および異常				

就学上の問題点(なし ・ あり) ※ありの場合は詳細記入

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

住所(所在地)

医療機関名

医師の氏名　　印

記入上の注意

1.「視力」欄については、矯正視力のみでも可とする。なお、矯正視力は(　)内に記入すること。
2.「その他の疾病および異常」欄には、内科疾患・運動障害および精神障害で治療を要すると認められる事項、または特に注意を要すると思われる事項があれば、記入すること。
3. 検査方法は、学校保健法施行規制の定めるところによる。