

# 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  直接 ・ 間接  年    月    日 撮影 (撮影番号            )  異常なし ・ 異常あり
体 重		kg	
視 力	右	(            )	
	左	(            )	
聴 力	右	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。  <div style="text-align: center;">年    月    日</div> 住所(所在地)  医療機関名  医師の氏名 <span style="float: right;">印</span>	
---	--

### 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。