

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; margin: 10px 0;"> 年 月 日 </div> 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。