

【健康診断書】

関西国際大学

※		判 定	※検査不要 ・ 要再検 ・ 要精密	
フリガナ		性 別	男 ・ 女	
氏名		生年月日	年 (月 日 歳)	
現住所	〒 TEL			
診 断 事 項				
身長	cm	エ ッ ク ス 線 検 査	エックス線像	
体重	kg		直接 (撮影年月日)	間接 (撮影番号)
視力	右(矯正) () 左(矯正) ()		所見	
聴力	右 左	主 な 既 往 症	健康 ・ 要観察 ・ 要医療	
			肺結核 胸膜炎 気管支喘息 腎炎 けいれん発作 その他 ()	才 才 才 才 才
疾病及び異常				
備考				
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 医師氏名 印				