

# 健 康 診 断 書

フリガナ			性別	男・女
氏名				
生年月日	西暦 年 月 日 生 ( 才 )			

診 断 事 項						
身長	cm.			体重	kg	
視力	右	裸眼 矯正		左	裸眼 矯正	
聴力	右	1KHz	db	左	1KHz	db
		4KHz	db		4KHz	db
		その他	db		その他	db
尿	糖		蛋白			
	ウロビリ ノーゲン					
胸部X線 撮影	撮影 : 年 月 日 直接 ・ 間接 所見					

既往症

その他診断事項

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所在地

検査機関名

担当医師氏名

印

※上記の指定項目が確認できれば、受診機関独自のものでもかまいません。

神戸芸術工科大学