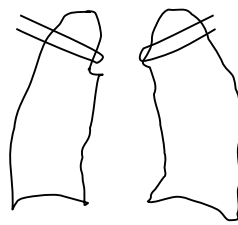


健 康 診 断 書

ふりがな		男・女	生年月日	平成 年 月 日 () 歳
身 長	. cm	血 圧	最高	mmHg・最低 mmHg
体 重	. kg		正常	・ 異常
既 往 歴	喘息・腎疾患・心疾患・けいれん アレルギー() その他() 特になし		心電図	正常範囲 所見あり ()
現 病 歴			尿検査	蛋 白 () ウロビリノーゲン () 糖 () 潜 血 ()
常用薬の有無	有 ・ 無 有の場合、薬品名もしくはその種類 ()		運動などの障害	
※ツ 反 応	最終判定 年 月 日 (+ - ±)該当を○で囲む			
※BCG歴	有 (最終接種年月日 年 月 日) ・ 無 (※は本人からの聴き取りで可)		感覚器・呼吸器・ 循環器・消化器・ 神経系・ その他の疾患	
X線検査	 直接 ・ 間接 No. _____ 所見 なし・あり ()			
医師の継続的な観察または治療の 必要性の有無			有 ・ 無 (有の場合) 病名もしくは症状名 []	
総 合 判 定			[]	
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師名				
Tel. - - 印				
・既往歴の欄については、該当するものに○を記入してください。 ・総合判定の欄は、寮における共同生活や各種の体験活動がありますので、それを勘案の上判定してください。 ・3ヵ月以内に診断されたものを提出してください。 ・診断書に記載されている個人情報、学園における健康管理業務以外の目的には使用しません。				