

入 舎 希 望 者 用 健 康 診 断 書

住所	〒				
ふりがな			男	年 月 日生	
氏名					
既往歴			身長	cm	
			体重	kg	
視力	左	. (.)	血 圧	/ mm Hg	
	右	. (.)			
聴力	左	正常・難聴 ()	検 尿	蛋白 ()	
	右	正常・難聴 ()		糖 ()	
胸部 X 線検査	年 月 日撮影 間接 直接 No.		そ の 他	※学生寮生活に関わる医師の所見、およびその他の必要項目の検査結果など	
	所見				
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">医療機関</p> <p style="text-align: center;">医師氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>					