

健康診断書

横浜薬科大学

フリガナ 氏名	(男・女)	学籍番号	(学年)
生年月日	S・H 年 月 日(歳)	健診日	年 月 日
身長	cm	視力(矯正)	右 ()
体重	Kg		左 ()
BMI		検尿	糖 ()
血圧	/ mmHg		蛋白 ()
聴力	右 左	検査方法 (会話法 オーディオメーター)	
既往歴			
現病歴			
自覚症状			
胸部X線 所見			
診察結果 総評			

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医師名

印

医療機関名

住所

電話番号