

## 健康診断書(後期臨床研修応募用)

実施日：平成      年      月      日

フリガナ				性別	男      女
氏名					
生年月日		西暦      年      月      日生 (満      才)			
身長	cm	体重	kg	聴力	右：                      左：
血圧	/		mmHg		
既往歴・現病歴					
尿一般	潜血 (      )	視力	右： (      )	胸部X線撮影：西暦      年      月      日 異常： 無 ・ 有 (異常があれば記載)	
	蛋白 (      )		左： (      )		
	糖 (      )		眼鏡 ・ コンタクトレンズ		
総合所見：					

東邦大学医学部

(注) 既往症・現病歴については本人により診断医に正確に申告してください。X線は3ヶ月以内のもの。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

平成      年      月      日

〒      -

住所

施設名

医師名

