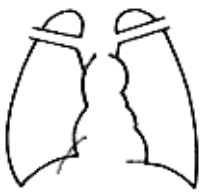
受付番号

# 健康診断書（後期臨床研修応募用）

実施日 ： 令和　　年　　月　　日

<table>
<tr><td>フ リ ガ ナ</td><td colspan="3"></td><td rowspan="2">性　別</td><td rowspan="2">男　　女</td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>生 年 月 日</td><td colspan="5">西暦　　年　　月　　日生　　（満　　才）</td></tr>
<tr><td>身長</td><td>cm</td><td>体重</td><td>kg</td><td rowspan="2">聴<br>力</td><td rowspan="2">右 ：<br>左 ：</td></tr>
<tr><td>血圧</td><td colspan="3">／　　mmHg</td></tr>
<tr><td>既往歴・現病歴</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>尿<br>一<br>般</td><td>潜　血（　　）<br>蛋　白（　　）<br>糖　（　　）</td><td>視<br>力</td><td>右:　（　　）<br>左:　（　　）<br>眼 鏡 ・ コンタクトレンズ</td><td colspan="2">胸部X線撮影:令和　　年　　月　　日<br>異常 ： 無 ・ 有 （ 異常があれば記載 ）<br>  </td></tr>
<tr><td colspan="6">総合所見 ：</td></tr>
</table>

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。 **令和8年度**に実施したものに限る。

上記のとおり相違ないことを証明いたします。

令和　　年　　月　　日

住 所　〒　　－

施設名

医師名　　㊞