

入学志願者健康診断書

関西聖書学院

フリガナ			性別	生年月日	
氏名			男・女	西暦 年 月 日生	
現住所	〒		TEL () - 携帯 () -	本籍	(都・道・府・県)
診 断 事 項					
身長			血液検査	白血球	
	cm			赤血球	
体重				ヘモグロビン	
	kg			血小板	
腹囲			尿検査	潜血	異常(有・無)
	cm			蛋白	異常(有・無)
視力	右	()		糖	異常(有・無)
	左	()	胸部エックス検査	撮影年月日	年 月 日
聴力	右	異常(有・無)		撮影法	直接・間接
	左	異常(有・無)		所見 異常(有・無)	
既往歴	(有・無)				
理学的所見 (診察)	異常(有・無)				
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。					
年 月 日					
住所					
医療機関名					
医師指名					
印					