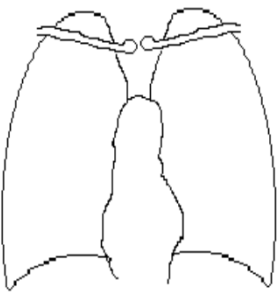


健康診断書

住所					
氏名		男・女	才	生年月日	年 月 日生
既往症	有	傷病名	発病年月日	症 状	
	無				
身長	cm	体重	kg	視力 右 (矯正)	左 (矯正)
聴力			血圧 最高	最低	
尿	蛋白(陰性・陽性)	糖(陰性・陽性)	ウロビリノーゲン(正常・異常)		
X線検査		総合所見			
年 月 日  (直接 ・ 間接)					
上記の通り診断する。 平成 年 月 日 住 所 検診機関名 医 師 印					

学校法人 愛甲学院
愛甲学院専門学校