

# 大阪商業大学健康診断票

フリガナ		男・女	学籍番号	クラス番号
氏名				
生年月日	西暦                      年                      月                      日			
身長	cm	体重	Kg	
視力	右                      (                      )                      左                      (                      )			
眼疾患および異常				
耳鼻咽喉疾患				
皮膚疾患				
心臓疾患・異常				
胸部X線所見	No.			
結核				
検尿	蛋白 (                      )                      糖 (                      )                      潜血 (                      )			
既往歴				
現疾患				
内科所見				聴力(対話法)
				右
左				
上記の通り診断します。				
年                      月                      日				
住所				
医療機関名				
医師				印

※医療機関へのお願い  
 健診結果に所見があり、精密検査の必要な場合はご記入ください。また、所見があっても健康診断上問題のない場合はその旨ご記入ください。