

# 大阪教育大学健康診断票

フリガナ 氏名		男・女	(昭和・平成) 年 月 日生 ( )歳
課程・専攻 コース			学籍番号
現住所	〒 TEL		

## 診 断 事 項

身長	.          cm	体重	.          kg
血 圧	(1回目)          /          mmHg	(2回目)          /          mmHg	
尿	蛋白 (          )	糖 (          )	潜血 (          )
X 線 検 査	レントゲン No.          西暦          年          月          日撮影		
	所 見		
既往歴			
治療中・管理中 (病名)			
理学的所見			
診断結果に基づく特記事項			
診断の結果, 上記の通り相違ないことを証明する。 西暦          年          月          日 医療機関名 及び所在地 TEL 医師氏名			



- (注) 1 太枠内は, 健康診断受診者が記入すること。  
 2 この健康診断票は, 健診結果を保健センターへ報告するためのものです。  
 3 健診費用は自己負担です。