

# 日本大学歯学部附属歯科病院 臨床研修歯科医志願者健康診断書

(ふりがな)		性別	生 年 月 日							
氏 名		男・女	西 暦	年	月 日 生					
現住所 〒										
Tel ( )										
出身大学										
診 断 事 項										
身体測定	身長	cm		尿	蛋白	—	±	+	++	+++
	体重	Kg			糖	—	±	+	++	+++
	BMI				潜血	—	±	+	++	+++
胸部X線検査	所見				血圧	/ mmHg				
					身 体 機 能	区 分		異常の有無		
	異常なし・要経過観察・要診察		運動	上肢・手指		有 ・ 無				
内科所見				身 体 機 能	下肢	有 ・ 無				
					視 覚	有 ・ 無				
					聴 覚	有 ・ 無				
					言 語	有 ・ 無				
					その他	有 ・ 無				
異常の場合の具体的内容										
<p>診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">西 暦                      年                      月                      日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名</p> <p>医師名                      _____ 印</p>										