


鶴見大学歯学部附属病院臨床研修歯科医志願者健康診断書

ふりがな		生年月日									
氏 名		昭和 年 月 日生									
現住所											
〒		TEL									
出身大学											
診 断 事 項											
身長	.	視力	右 ()								
体重	.		左 ()								
エ ッ ク ス 線 検 査	エ ッ ク ス 線 像		区 分 異常の有無								
			運 動 上肢手指 有 ・ 無								
			下 肢 有 ・ 無								
	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="writing-mode: vertical-rl; font-size: 2em; margin-right: 5px;">身 体 障 害</div> <table border="1"> <tr> <td>視 覚</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>聴 覚</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>言 語</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>有 ・ 無</td> </tr> </table> </div>		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
			視 覚	有 ・ 無							
			聴 覚	有 ・ 無							
			言 語	有 ・ 無							
その他	有 ・ 無										
所 見											
健 康 ・ 要 観 察 ・ 要 医 療											
主な既往症											
主な現在症 (健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)											
特記事項 その他											
<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>平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師の氏名</p> <p style="text-align: right;">(印)</p>											