


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 平成          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	
		身 体 障 害	運 動	上肢手指          有 ・ 無
				下 肢          有 ・ 無
				視 覚          有 ・ 無
				聴 覚          有 ・ 無
				言 語          有 ・ 無
				その他          有 ・ 無
所見			異常の場合の具体的内容	
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				
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 平成          年          月          日 所 在 地 医療機関名 医師の氏名				
(印)				