様式准・通第16号

健　康　診　断　書

学籍番号

(ふりがな) 氏　　名		男 女	生年月日	昭和　　年　　月　　日・生 才
血　　圧	mmHg～　　mmHg	聴　　力		右.　　左.
視　　力	右　.　(　.　)	尿　検　査		糖(　　)蛋白(　　)
	左　.　(　.　)			その他

血液一般検査	赤血球数 血色素量 ヘマトクリット 白血球数 血小板数 HBS抗原 HBS抗体 ツ反(　　)×(　　) 判定	胸部X線検査	所見
			異常　(有・無)
			撮影年月日(　　年　　月　　日)
抗体価 血液データ添付	麻疹 風疹 水痘 流行性耳下腺炎	内科総合診察	
ワクチン接種	ワクチンの種類 ＿＿＿＿ 接種日 ＿＿＿＿ ＿＿＿＿ ロッドNo or シール [　　]		

その他

上記のとおり証明します

平成　　年　　月　　日

所在地

名称又は施設名

医師名　　印

※３ヶ月以内に診断されたものであること

※抗体価の血液データを添付すること

木更津看護学院看護師２年課程（通信制）