**定期健康診断の精密・再検査記録**

記録日：令和　　年　　月　　日

**学科：**

**学年：**

**氏名：**

健康診断・所見項目（あてはまるものに○をつける。）

・胸部レントゲン検査

・心電図検査

・尿検査（　蛋白　・　糖　・　潜血　）

・血液検査（　肝機能　・　貧血　・　白血球数　・　その他（　　　　　　））

・血圧　健康診断時の血圧　　　/　　mmHg

・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

受診日　　Ｒ　　年　　　月　　　日　～　Ｒ　　　年　　　月　　　日

※複数回受診，継続して受診していた場合は，通院期間を記載してください。

受診医療機関名

所在地（都道府県）

検査内容

検査結果

※検査結果だけでなく，医師からの説明や今後の指示があれば記載してください。

※検査結果の写しがある場合は，コピーをとり学科・学年・氏名を記載し，添付してください。

その他