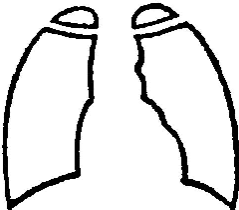


(健康診断様式)

健康診断書

※氏名		男女	※住所			
※生年月日	年 月 日生(歳)	※大学名		※学年		
既往症						
感 覚 器 呼 吸 器 循 環 器 消 化 器 運 動 器 神 経 系 そ の 他	所見					
身長	. c m		体重	. k g		
視 力	左 . 矯正(.)		聴 力			
	右 . 矯正(.)					
胸部 X 線 検 査	間接・直接 No. 月 日撮影 所見		検 尿	蛋白 (- ± + ++ +++) 糖 (- ± + ++ +++ +++) ウロビリノーゲン (- ± + ++ +++) ※いずれかに丸印をつけてください。		
				血 圧 測定値	~ mmHg	
その他の検査	(必要と認める場合)					
総合所見						
上記のとおり診断します。 年 月 日 検診機関 所在地 機 関 名 医 師 印						

(申請される方へ注意事項)

- 1 提出日前3ヵ月以内に受診したものを有効とします。
- 2 太枠内は受診前に記入してください。

この健康診断書に記載された個人情報、医学生奨学金貸付審査のために必要な範囲でのみ利用します。
※これと同内容の健康診断書であれば別様式でも結構です。