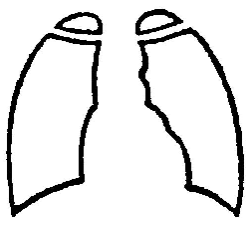


(健康診断様式)

## 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	. cm		体重	. kg		
視力	左 . 矯正( . )		聴力			
	右 . 矯正( . )					
胸部 X 線 検 査	間接・直接 所見	No. 月 日撮影	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、長野県医学生修学資金審査のために必要な範囲でのみ利用します。