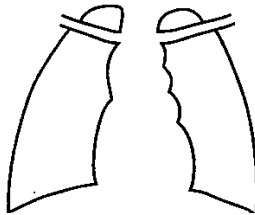


受験番号

平成 30 年度

関西医科大学大学院入学志願者健康診断書

ふりがな				男 女	出身校		
氏名	昭和・平成 年 月 日生(満 才)						
現住所	〒 -						
身長	cm			B 型 肝 炎	検査日	平成 年 月 日	
体重	kg				抗体( )	ワクチン接種( 済 ・ 未 )	
腹 囲	cm				抗原( )		
眼	視 力	右 ・ ( 矯正 ・ )			T ス ポ ッ ト 検 査	判 定	陰 性
		左 ・ ( 矯正 ・ )					陽 性
	眼 疾				判定保留(疑陽性)		
耳	聴 力	右 正常 ・ 異常 ( )			判定不可能		
		左 正常 ・ 異常 ( )			検査年月日 年 月 日		
	耳 疾				撮影年月日 年 月 日		
内 科	聴 診				レ 線 所 見	撮影番号	
	E K G					直 接 間 接	
	血 圧	/ . /					
尿	蛋 白	- ± + 2+ 3+					
	潜 血	- ± + 2+ 3+					
	糖	- ± + 2+ 3+					
既往症	( 有 ・ 無 )			※撮影年月日, 所見等は必ず記入すること。 撮影番号がない場合は「なし」と記入すること。			
所見 ( 有 ・ 無 )							

その他特記事項

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

検査施設の  
住所と名称

Ⓔ

医師の氏名

Ⓔ

## 記入上の注意

- 1 既往症は特に重要と認められるものにつき、記入すること。例示のない疾患についてはその他に疾患名を記入すること。
- 2 その他特記事項の欄には、次のような所見を記入すること。
  - (1) 内臓諸疾患(特に心臓疾患等)および精神疾患その他で治療を要すると認められるもの、又は特に注意すると認められるもの。
  - (2) 奇形、変形、発育不良、栄養不良のもの、あるいは四肢、脊柱、胸廓等の形態機能に異常のあるもの。
  - (3) 眼、耳、鼻、咽喉等に特に顕著な機能障害あるいは疾患があると認められるもの。
  - (4) その他必要事項
- 3 その他検査方法は学校保健法施行規則による。
- 4 レ線所見の撮影年月日及び所見は必ず記入すること。