学外医療機関受診用

海外派遣留学健康診断書(学外医療機関受診用)

1. 本人記入欄(記入または○で囲む)

学部・学科			学生証番号	
フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日生　(　)歳
氏　名				
現在の健康状態	良好　・　普通　・　病気治療中 ＊病気治療中の場合、病名・治療状況詳細を下へ記入する [ ]		既往歴	無し　・　有り ＊有りの場合、病名等を下記へ記入する [ ]

2. 受診先記入欄 (斜線の項目は不要です)

身体計測	身長(　)cm　体重(　)kg	胸部エックス線
血　圧	(　／　)mmHg	撮影年月日　年　月　日
尿検査	蛋白(　)　糖(　)　潜血(　)	直接 ・ 間接 ・ (　)
視　力 (卒業年次生のみ)	裸眼　矯正 右 :　.　(　.　) 左 :　.　(　.　)	判定 :　異常なし　・　異常あり ＊異常ありの場合、具体的内容を下記へご記入ください [ ]

上記のとおり報告いたします　年　月　日

所在地

機関名　医師氏名　印

＊この連絡票作成にかかった費用は自己負担となります。