

健 康 診 断 書

(公益財団法人雲浜奨学会 提出用)

氏 名	平成 年 月 日生
現 住 所	〒 -

検 査 項 目	判 定 値	検 査 項 目	判 定 値
身 長	cm	視 力	右 ()
体 重	kg		左 ()
栄 養 状 態			
血 圧	~ mmHg	色 覚	
検 尿	蛋白 (+ · -)	聴 力	右
	左 (+ · -)		左
胸部X線検査 所見：		その他の疾病および異常等	

上記の通り相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所在地

担当医師名

