# 健 康 診 断 書

| | |
|---|---|
| ふりがな | |
| 氏　　名 | |
| 生年月日 | 年　　月　　日生 |

| | |
|---|---|
| 現住所 | 〒<br><br>（TEL　　） |

| 診　　断　　事　　項 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 身長 | ・　　cm | | 体重 | ・　　kg | |
| 視力 | 右　・　（　・　） | 左　・　（　・　） | 色覚 | 正常・異常（　　） | |
| エックス線検査 | エックス線像<br>直　接　（撮影年月日）<br>間　接　（撮影番号）<br>※出願３か月以内の撮影に限る。<br>所見<br>健　康・要観察・要医療 | | 主な既往症 | | |
| | | | 主な現行疾患 | （入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容） | |
| 診断結果に基づく特記事項 | | | | | |
| ※その他 | | | | | |

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日　　住所（所在地）

医療機関名

医師の氏名　　㊞

※　運動機能、視覚、聴覚及び言語等に異常があれば、その程度を記入してください。

| | |
|---|---|
| 科目等履修生受付番号 | |