

入学志願者健康診断書

フリガナ氏名		生年月日	昭和 平成 (西暦	年	月	日生 (満 歳)
		性別	男 ・ 女			
現住所	(〒 -)					
	都道府県					
		自宅電話 ()	-			
		携帯電話 ()	-			

※志願者は太ワク内のみを記入してください。

身長			cm	体重			kg
視力	右	矯正 () ()	聴力	正常・異常 ()			
	左						
胸部X線検査	直接・間接 [年 月撮影]		尿検査	潜血 : - ± + # #			
	正常			蛋白 : - ± + # #			
		所見あり []		糖 : - ± + # #			
その他見	(消化器、循環器、感覚器、呼吸器、神経系、四肢機能、言語等の異常の有無)						
	あり	[]					
		なし					
主な現在症	(入学後の健康管理上注意すべき疾病(精神疾患を含む)の有無とその内容 場合によっては追加の詳細診断書をいただくことがあります。)						

上記のとおり証明する。

令和 年 月 日

医療機関住所

医療機関名

医師氏名



(注) 精密検査の必要があると認める場合は、所見欄等に記入願います。
※ご提出いただいた個人情報、入学手続きおよび入学後の修学に関する資料として利用し、それ以外の目的では利用いたしません。