

健康診断書

フリガナ		男・女	生年月日(西暦)	
氏名			年	月 日生(歳)
住所	〒		—	
	電話() —			

《本診断書記入上の留意事項》

- 下記の全項目について検診の上、診断結果を記入してください。
- 診断事項中、異常または特に記入事項がない場合でもその旨を記入してください。
- 「視力」の欄については、裸眼視力は()の左側に、矯正視力は()内に記入してください。
なお、視力1.0以上を「A」、1.0未満0.7以上を「B」、0.7未満0.3以上を「C」、0.3未満を「D」と記入して差し支えありません。
また、裸眼視力の検査を省略した者については、矯正視力のみ記入してください。
- その他の疾病および異常の欄には、運動障害、内臓疾患および精神障害等で治療を要するもの、または特に注意を要すると認められるものを必ず記入してください。
- 必ず担当医師の印を押し、厳封して受診者に交付してください。

診 断 事 項			胸部レントゲン	(撮影日)平成 年 月 日
身長		cm		所見
体重		kg		
視力	右	()		異常なし・要観察・要医療
	左	()		
聴力	右	正常・異常(dB)		
	左	正常・異常(dB)		

その他の疾病 および異常	無・有
[受験および入学後の修学に健康管理上 配慮すべき内容と理由を含む]	

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 住所

電話

医療機関名

医師名

印

[注] 太枠内を出願者本人が記入し受診してください。

出願される方へ

本学では、入学試験において補助または配慮が必要かどうか、また、本学の教育課程では、実技・実験・実習科目の授業が多く組まれていること等から、提出をお願いしています。

※この健康診断書は、入学試験および入学後の健康管理の目的以外には使用しません。