※A4 サイズで印刷してください。

2027 年度　長崎純心大学大学院

受験番号　※大学記入欄

健　康　診　断　書

フリガナ		人間文化研究科	
氏　　名			
生年月日	年　　月　　日生（満　　歳）	性　別	
現 住 所	〒 TEL　　（　　）		

診　断　事　項

身長	.　cm	体重	.　kg	血圧	
視力	右　.　（　.　）／左　.　（　.　）			尿	蛋白（　　）／糖（　　）

心身の疾病や障がいに関する所見	※特記事項がない場合は、「なし」と記入してください。
主な既往症	※特記事項がない場合は、「なし」と記入してください。

	区　分	異常の有無	異常の場合の具体的内容
身体障がい	運　動	有　・　無	
	視　覚	有　・　無	
	聴　覚	有　・　無	
	言　語	有　・　無	
	その他	有　・　無	

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　　年　　月　　日

住所

医療機関名

医師の氏名　　㊞

注1. レントゲン撮影は必要ありません。
2. 出願前3ヶ月以内に作成したものを提出してください。
3. 診断する医療機関の指定はありません。