

## 健康診断書

フリガナ				志望 学科	学科
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
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。				
身体障がい	区 分	異常の有無		異常の場合の具体的内容	
	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。					
年 月 日					
住所					
医療機関名					
医師の氏名					
(印)					

注1. レントゲン撮影は必要ありません。

注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。

注3. 診断する医療機関の指定はありません。