

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	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。				
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)					

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