

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。 令和 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。
2. 出願前の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。