

受験番号

※大学で記入

## 令和5年度 入学志願者健康診断書

フリガナ 氏名		生年月日	西暦 年 月 日生 (昭和・平成 年) ( 歳)
現住所	(〒 - )		Tel. - - 携帯電話 - -

身長	cm	体重	kg
聴力	正常・異常 ( )	視力	右 ( ) 左 ( ) 矯正 ( ) 矯正 ( )
胸部X線 検査	直接・間接 [ 年 月撮影 ] ( )	尿検査	潜血： - ± + 卅 卅 蛋白： - ± + 卅 卅 糖： - ± + 卅 卅
その他 所見	(消化器、循環器、感覚器、呼吸器、神経系、四肢機能等の異常の有無) 有 ( ) 無		
上記のとおり証明する。 年 月 日 医療機関名 医師氏名 (印)			

(注) 精密検査の必要があると認める場合は、所見欄に記入願います。