Ⓑ

受験番号	※大学で記入

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：－　±　＋　＋＋　＋＋＋ 蛋　白：－　±　＋　＋＋　＋＋＋ 糖　：－　±　＋　＋＋　＋＋＋	
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　　㊞

（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。