

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 () ()			
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。