

受験番号	※大学で記入
------	--------

令和6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		体重	
	cm		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： - ± + ++ ###
その他見所	(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			
⑩			

(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。