

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： - ± + 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			
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。