

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: - ± + 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。