

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 (昭和・平成 年 月 日生 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	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。