

受験番号	※大学で記入
------	--------

令和9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		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				
<p>上記のとおり証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師氏名 ㊟</p>					

(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。