

| | |
|------|--------|
| 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。