
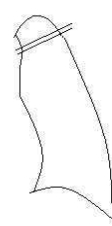


健康診断書

本人記入欄	フリガナ			男・女	志望コース	コース
	氏名					
	生年月日	(西暦)	年	月	日生	
本人記入欄	現住所	〒 -				
		TEL : - -				
医師記入欄	診 断 事 項					
	視力	右 . (矯正)		聴力	右 正常・異常()	
		左 . (矯正)			左 正常・異常()	
	主な既往症と罹患時の年齢	エックス線像				
	現在の主な疾病	エ ッ ク ス 線 撮 影	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>直接 (撮影年月日)</p>  </div> <div style="text-align: center;"> <p>間接 (撮影番号)</p>  </div> </div>			
	(入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)					
	その他特記事項					
		所見	健康・要観察・要治療			
	診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する					
年 月 日						
住所(所在地)						
医療機関名						
医師の名前 ⑩						

(注)※印は記入しないこと