
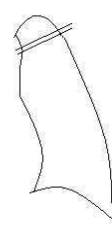


健康診断書

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			
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 ツ ク ス 線 撮 影	エックス線像			
	現在の主な疾病 (入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)				<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>			
							その他特記事項	
							所見	
							健康・要観察・要治療	
	<p style="text-align: center;">診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">住所(所在地)</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師の名前</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>							

※印欄は記入しないまま提出してください。