



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		
医 師 記 入 欄	現住所	〒 — —					
		TEL : — —					
診 断 事 項							
医 師 記 入 欄	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 撮 影	エックス線像		
	現在の主な疾病				<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				
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							

(注)※印は記入しないこと