



# 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:	- -					
診 断 事 項						
視力	右 . (矯正 )		聴力	右 正常・異常( )		
	左 . (矯正 )			左 正常・異常( )		
医 師 記 入 欄	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		
				<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>		
	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)					
	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。