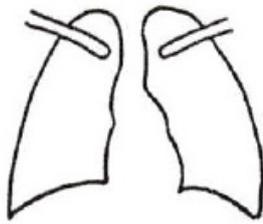


入学志願者健康診断書

受験番号	※
------	---

フリガナ		男	生年月日	年 月 日(歳)
氏名		女		
住所	〒			
身長	・ cm	胸部 X 線 所 見	(所見) 異常なし ・ 要精検  (撮影日 年 月 日)	
体重	・ kg			
視力	右 ・ () 左 ・ ()			
聴力	右 左			
血圧	最高 mm Hg, 最低 mm Hg	既往 歴		
検尿	蛋白(), 糖(), 潜血()			
運動障害	無・有()			
言語障害	無・有()			
脊柱	正常・異常()	その他の障害	無・有()	
特記すべき事項	(現在問題となる症状、所見)			
上記のとおり診断する。 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名				

注) 1.該当事項は○で囲んでください。
 2.※印欄は記入しないでください。