

管理番号 (大学記入)

※

# 健康診断書

\* 太線枠内のみ志願者が記入してください。



フリガナ		性別	生年月日	19	年	月	日生( 歳)
氏名		男・女	現住所	〒	—		
						TEL	( )

あなたの体調について、あてはまるものに○をつけてください

- ・ 結核に「感染」または「感染の疑いあり」と診断されたことがある ( いいえ・はい 年頃 )
- ・ 結核の治療を受けたことがある ( いいえ・はい 年頃 )
- ・ 肝炎で治療を受けたことがある ( いいえ・はい 年頃 )

授業を受けるにあたって、健康管理上注意することがありますか ( いいえ・はい )

※「はい」の場合、以下に具体的にお書きください

疾患名 \_\_\_\_\_

内 容 \_\_\_\_\_

## 診断事項

胸部 X線 検査	X線番号	No. _____	聴 力	(医師会話法)
	撮影年月日	20 年 月 日		
	所見		医師 問診	
備考				
診断の結果、貴学に通学し、講義を受講することに支障がないことを証明します。 20 年 月 日 住 所 医療機関名 医師の氏名				

記入上の注意

- (1) 診断事項は、医師が記入すること。
- (2) 本診断書は、出願日前3ヶ月以内に作成したものに限る。