

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	西暦	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	医 師 問 診	
	所見			

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、医師が記入してください。

(2) 本診断書は、出願日前1ヶ月以内に作成したものに限りです。