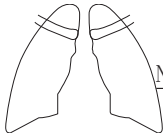


健康診断書

フリガナ					判定	再診察(要・不要) 要精密					
氏名											
生年月日	西暦	年	月	日			性別	男・女			
診断事項											
身長	cm			体重	kg						
胸部エックス線検査	胸部エックス線像				視(矯正)力	右・(・)	左・(・)				
	直接 (撮影年月日) 年 月 日	間接 (撮影番号) No. _____		身体 障害 害	区分	異常の有無					
			運動		有・無						
			聴覚		有・無						
			言語		有・無						
その他			有・無								
健康・要観察・要治療	特記事項		異常の場合の 具体的内容								
主な既往症と罹患時の年齢	肺結核 歳	リウマチ 歳	その他の結核疾患 () 歳	小児マヒ 歳	てんかん 歳	神経症 歳	精神病 歳	その他 歳	腎疾患 歳	主な症状	(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											
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 西暦 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名											

- (注) 1. 出願前3ヶ月以内に日本で受診したものであること。
2. 胸部エックス線検査の欄について、直接撮影の場合撮影年月日を、間接撮影の場合は撮影番号を記入すること。
3. 検査方法等は、学校保健法施行規則の定めるところによること。

〈ご記入いただいた個人情報は、本学入学試験に関してのみ使用します。〉

※

※欄は記入しないでください。
文京学院大学(2024)