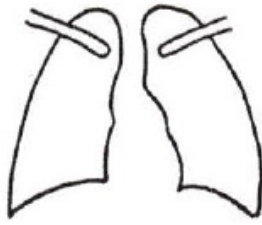


# 入学志願者健康診断書

受験番号	※
------	---

フリガナ		男 女	生年月日	昭和 平成		年	月	日( 歳)	
氏名									
住所	〒								
身長	・	cm	胸部 X 線 所 見	(所見) 異常なし ・ 要精検    (撮影日 平成 年 月 日)					
体重	・	kg							
胸囲	・	cm							
視力	右	・							( )
	左	・							( )
色神									
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。 平成 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師氏名									

印

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。