

日本福祉大学大学院入学志願者

健康診断書

ふりがな 氏名		男・女 生年月日: 西暦 年 月 日生		
〒	—	電話:		
現住所				
診 断 事 項				
エックス線検査	エックス線像		区 分	異常の有無
	直接・間接		運 動	有・無
	撮影 撮影番号 年 月 日		視 覚	有・無
			聴 覚	有・無
	所 見		言 語	有・無
			その他	有・無
	健康・要観察・要医療		障害 具体的内容 異常の場合の	
		障 害 名		等 級
		級		
罹患時の年齢 主な既往歴と		主な現病歴	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。 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名				
				印

※志願者は太枠内を記入の上、受診してください。