【健康診断書】

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 　　　　日本福祉大学大学院入学志願者　　　健康診断書 | 受験番号 | ＊ |
| 再検査 | ＊　要　・　否 |
| ふりがな |  | 男・女 | 出身大学大学院 | 　　　　　　　　　　大　学　　　　　　　　学　部　　　　　　　　　　大学院　　　　　　　　研究科 |
| 氏　名 |  |
| 生年月日 | 西暦　　　　　年　　　月　　　日生 |
| 現住所 | 〒　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　　　　）　　　　― |
|  |
| 診断事項 |
| エックス線検査 | エックス線像 | 身体障害 | 区　　　分 | 異常の有無 |
| 直接・間接撮影　　　　　　　　　年　　月　　　日撮影番号 | 運　　　動 | 有　・　無 |
| 視　　　覚 | 有　・　無 |
| 聴　　　覚 | 有　・　無 |
| 言　　　語 | 有　・　無 |
| そ　の　他 | 有　・　無 |
| 異具常体の的場内合容の |  |
| 所見 |  |
| 障　害　名 | 等　　級 |
| 健康 ・ 要観察 ・ 要治療 |  | 　　　　　　　　級 |
| 主罹な患既時往の症年と齢 |  | 主な既往症 | 　入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容 |
| その他の特記事項 |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　 |

・＊印の欄は記入しないこと。　・太枠内は、本人が記入すること

・本学学部または大学院在学中の者は、学内保健室で証明可