|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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　・　不要 |
| フリガナ |  | | 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19　　　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 | | |
| 異常の場合の  具体的な内容 |  | | | | |
| 所  見 |  | |
| 障　害　名 | | | 等　　級 | |
| 健康 ・ 要観察 ・ 要治療 | | |  | | | 級 | |
| 主な  既往症と  罹患時の  年齢 |  | | | 主な  現　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 | | | | | | | | | | | |

（１）＊欄は記入しないこと

（２）太枠内は、本人が記入すること

（３）本学学部及び大学院在学中の者は、学内保健室発行の証明書使用可