

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
氏名				大学院	研究科
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			運 動	有 ・ 無
				視 覚	有 ・ 無
				聴 覚	有 ・ 無
				言 語	有 ・ 無
				そ の 他	有 ・ 無
	撮影 撮影番号	年 月 日	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