[※ 　 ]

**日本福祉大学大学院入学志願者**

**健康診断書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | | 男・女  生年月日（西暦）　　　年　　　月　　　日生 | | | |
| 氏名 |  | | | |
| 現住所 | **〒**　　　－ | | | | 電話（　　　　）　　　－ | | | |
|  | | | | | | | |
| 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 | |
| 所見 |  | 具体的内容  異常の場合の | |  | | |
| 障害名 | | 等級 |
|  | | 級 |
| 健 康・要 観 察・要 医 療 | |
| 罹患時の年齢主な既往歴と |  | | 主な現病歴現病歴 | 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、太枠内記入の上、受診してください。