[各入試共通]

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | |
| 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　　　　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  歴年  と齢 |  | | | | 主  な  現  症  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