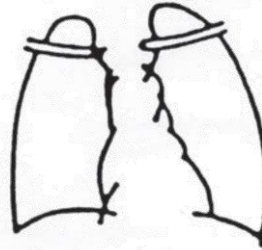


健康診断票

フリガナ					生	年	月	日	
氏名					西暦	年	月	日生	
診断事項									
身長					cm	体重			kg
色覚異常	無・有 ()	視力	右	裸眼	矯正	左	裸眼	矯正	
				
エックス線検査	 <p>直接間接 (撮影年月日・撮影番号)</p>				聴力	1000 Hz	右	所見なし 所見あり()	
						4000 Hz	右	所見なし 所見あり()	
						1000 Hz	左	所見なし 所見あり()	
						4000 Hz	左	所見なし 所見あり()	
所見	健康・要観察・要治療								
主な既往症	・心臓疾患(病名) 才 ・腎臓疾患(病名) 才 ・甲状腺疾患(病名) 才 ・精神疾患(病名) 才 ・皮膚疾患(病名) 才 ・その他 ()	・糖尿病(病名) 才 ・川崎病(病名) 才 ・てんかん(病名) 才 ・貧血(病名) 才 ・気管支喘息(病名) 才 ・肺気胸(病名) 才 ・脊椎側弯(病名) 才 ・腰痛(病名) 才	主	な	現	在	症		
特記事項	入学後の健康管理上、注意すべき疾患の有無とその内容								
診断の結果上記の通り、相違ないことを証明する。 西暦 年 月 日									
(医療機関名・医師氏名・印)									

キ
リ
ト
リ

注意事項

1. 学生生活上及び寮生活上支障がある場合、別途健康診断書を提出してください。
2. 色覚異常者については、必ず報告をしてください。
3. 視力は両眼1.0以上(矯正可)であることが望ましい。航空整備科は最低両眼0.7以上(矯正可)とする。
4. 1つの医療機関で診断事項を満たさなかった場合は、本票をコピーまたはHPからダウンロードし、複数枚の診断表を提出してください。
5. 健康診断票は6ヵ月以内に受診したものとする。