

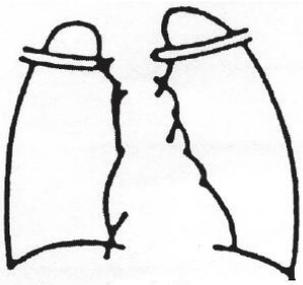


フリガナ		生 年 月 日
氏 名		西暦 年 月 日生

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	左	所見なし 所見あり()
					4000 Hz	右	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)

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)が望ましいですが、この条件を満たしていなくても受験は可能であり、合否には影響しません。また、再受診の必要もありません。
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します。

キリトリ