

## 淑徳大学大学院入学志願者

## 健康診断書

受験番号	*
再検査	* 要 ・ 否

ふりがな				男 ・ 女	出身 大 学 大 学 院	大 学  大 学 院	学 部  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			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 具 常 体 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 症 年 と 齢				主 な 既 往 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



- ・\*印欄は記入しないこと。 ・太枠内は、本人が記入すること
- ・本学学部または大学院在学中の者で「健康診断受診済の者」は、保健相談室発行の証明で可