

日本福祉大学大学院入学志願者

健康診断書

ふりがな 氏名			男・女 生年月日	19	年	月	日生
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			運 動	有・無		
	撮影 撮影番号			視 覚	有・無		
	年 月 日			聴 覚	有・無		
	所 見			言 語	有・無		
	健康・要観察・要医療			その他	有・無		
主 な 既 往 症 と 罹 患 時 の 年 齢			主 な 現 在 症	異 常 の 場 合 の 具 体 的 内 容			
					障 害 名	等 級	
					級		
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。