

日本福祉大学大学院入学志願者

健康診断書

ふりがな			男・女		
氏名			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		区 分	異常の有無	
	直接・間接		運 動	有・無	
	撮影年月日		視 覚	有・無	
	撮影番号		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	所見	健康・要観察・要医療	異常の場合の 具体的内容	障 害 名	
				等 級	
				級	
主な現在症	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。