

健康診断書

※		※判定	検査不要・要再検査・要精密
フリガナ 氏名			性別 男・女
生年月日	昭和・平成 年 月 日生		
現住所	〒 ー		
健康の 状況	視力	右	()
		左	()
	聴力	右	
		左	
	結核	所見：無・有 ()	
その他の疾病 及び異常			

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

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

記入上の注意

- ※印欄は大学が記入します。
- その他の疾病及び異常の欄は、運動障害、言語障害、慢性疾患、精神疾患など特に配慮を要するものを記入してください。