


入学志願者健康診断書

フリガナ			※判定	検査不要・要再検・要精密	
氏名	男・女		志望	地域共創学群	
生年月日 (西暦)	年	月	日生	専攻	専攻
現住所	〒				
診 断 事 項					
身長	・ cm		体重	・ kg	
エックス線検査	エックス線像		視力	左 ()	右 ()
	直接		身体障がい	区分	異常の有無
	間接			運動	有・無
	(撮影年月日)			視覚	有・無
				聴覚	有・無
				言語	有・無
	その他	有・無			
所見			異常の場合の 具体的内容		
健康・要観察・要医療					
主な既往症			主な現在症	(入学後の保健管理上注意すべき 疾病の有無とその内容)	
特記事項 その他					
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 西暦 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名					
					印

※記入にあたっては裏面の注意事項を確認してください

記入上の注意

1. ※印欄は記入しないでください
2. エックス線検査の欄は、直接撮影、間接撮影のいずれかを○で囲み、撮影年月日を記入してください
3. 身体障がいの欄の運動については、小児まひによるものを含むこととし、また、視覚については弱視等、聴覚については難聴、言語については異常の有無を○で囲みその具体的内容を記入してください
4. その他特記事項の欄は、内部疾患運動障がいおよび精神障がいで、治療を要すると認められるもの、または特に注意を要すると認められるものを記入してください
5. 検査方法等は、学校保健法施行規則の定めるところによるものとします