

No. \_\_\_\_\_

## 健康診断書（科目等履修生）

ふりがな 氏名		生年 月日	年 月 日生	性別	男・女
------------	--	----------	--------	----	-----

診 断 事 項	
身長	. cm 体重 . kg
視力	右（裸眼） . [ 矯正 コンタクト含む ] .
	左（裸眼） . [ 矯正 コンタクト含む ] .
血圧	/
尿	たんぱく 糖
胸部 X線 検査	撮影年月日 年 月 日 直接・間接 No. 所見
既往症	
その他の現症	
上記の通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	
医師氏名	印

出願者への注意

受診機関は限定しない。

診断書は出願前3ヶ月以内に医師が作成したもの。