

工学院大学科目等履修生志願者 健康診断書

学籍 番号	※K3-
	※PM-

ふりがな		男 女		〒 -
氏名			現住所	
生年月日 (西暦)	年 月 日 (歳)			TEL ()

診 断 事 項

視力	右	裸眼	矯正 (.)	胸部 X線	撮影区分	直接 ・ 間接
	左	裸眼	矯正 (.)		X線No.	
聴力	1: 所見なし ・ 2: 所見あり			その他の疾病及び異常	結核所見	あり ・ なし
	右	1000Hz-30db	()		結果	正常 ・ 異常
		4000Hz-25db	()			
	左	1000Hz-30db	()			
4000Hz-25db		()				

医師の所見 (入学後健康の管理上注意すべき事項)

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

医療機関名

医師の氏名

印

- 1 太枠内は本人が記入すること
- 2 ※印欄は大学が記入するものとする
- 3 本診断書は願書受付3ヶ月以内に受診したものであること
ただし、出願日現在在学中であり、1年以内に学校保健安全法に基づく定期健康診断を受診した者は、その証明書の提出で代用できるものとする。