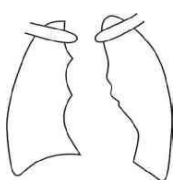


健康診断書

(この欄は各自で記入のこと)

フリガナ		性別	男・女
氏名			
生年月日	(西暦) 年 月 日	生(歳)	
主な既往症	有・無 病名 特に現在、伝染のおそれのある病気があれば、必ず記入してください。		

(この欄は診断を行った医療機関で記入のこと)

主な現症	有	[]		無
身長		cm	胸部X線撮影(間接・直接撮影) どちらかに○をつけてください 	撮影年月日 年 月 日 所見
体重		kg		
視力	右	・ (矯正) ・		
	左	・ (矯正) ・		
聴力	右正常・異常()			
	左正常・異常()			
日常生活、講義の受講、体育実技、教育実習等に支障のある障害(言語・視覚・聴覚・運動機能・その他)を有する場合には、具体的に記述してください。				
	有	[]		無
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 医師の氏名				

(東京未来大学)