

鹿屋体育大学 科目等履修生 入学志願者

健康診断書

フリガナ				〒
氏名				男・女
生年月日	年	月	日生	現住所
TEL				
診 断 事 項				
健康 の 状 況	視力	右	()	胸部X線検査 撮影年月日 年 月 日 直接・間接 NO. 所見
		左	()	
	聴力	右	正常・異常 ()	
		左	正常・異常 ()	
その他の疾病 及び異常		なし・あり ()		
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。 令和 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名 印				

- (注) 1. この健康診断書の診断事項を全て受診の上、診断結果を記入してください。
2. 診断事項中、異常又は特に記入事項がない場合でもその旨を記入して下さい。