


愛知産業大学大学院 入学志願者 健康診断書

受験番号

※

◇太枠内は本人が記入すること。

氏名	フリガナ		性別	男・女
生年月日	19	年	月	日生
現住所	〒 -			
	TEL () -			
診 断 事 項				
エックス線 検 査	エックス線像		視 力	右 ・ (・)
	直接 撮影年月日	間接 撮影年月日		左 ・ (・)
			色 覚	正常 ・ 異常 ()
			聴 力	右 正常・異常 ()
	所見	左 正常・異常 ()		
	健康 ・ 要観察 ・ 要医療			
主 な 既往症と 罹患時の 年 齢				
主 な 現 在 症 及 び 特記事項				
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-end; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;"> 印 </div> <div style="text-align: right;"> 住所(所在地) 医療機関名 医師の名前 </div> </div>				