

東京立正短期大学 科目等履修生 健康診断書

平成 年 月 日

フリガナ		受付番号	※			
氏名		最終学歴	昭和・平成 年 月			
生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (歳)	卒業年月				
現住所	(〒 -) TEL () -					
診 断 事 項						
視 力	右	・ ()	メガネ・コンタクト			
	左	・ ()	メガネ・コンタクト			
区 分		異常の有無	異常の場合の具体的内容			
運動障害		有 ・ 無				
視覚障害		有 ・ 無				
聴覚障害		有 ・ 無				
言語障害		有 ・ 無				
その他の障害		有 ・ 無				
おもな 既往症	肺結核	歳	小児まひ	歳	おもな 既往症	(入学後の健康管理上注意すべき疾患の有無とその内容)
	その他の		てんかん	歳		
	結核疾患		神経症	歳		
	()	歳	精神病	歳		
	気管支喘息	歳	その他	歳		
	心疾患	歳				
	腎疾患	歳	()			
リウマチ	歳					
その他 特記事項						
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 平成 年 月 日 住所 (所在地) 医療機関名 医師の氏名						

- (注) 1. 健康診断書は、必ずこの用紙を使用すること。
 2. ※欄は記入しないこと。
 3. 本診断書は出願3ヶ月以内に作成したものに限り。