

令和 8 年度

福山大学入学志願者健康診断書

受験番号	※
------	---

太枠内を志願者本人が記入してから医療機関へ持参してください。

ふりがな 氏 名 生年月日 昭和 平成 年 月 日生	出身学校等	国 立 公 立 私 立 その他
〒 現 住 所		昭和 平成 年 月 卒 業 令和 卒業見込

診 断 事 項

身 長	cm		体 重	kg	
視 力	右	()	聴 力	右	正常 ・ 異常 ()
	左	()		左	正常 ・ 異常 ()
胸 部 X 線 検 査	令和 年 月 日撮影		身 体 障 害	運動 ・ 視力 ・ 聴力 ・ 言語等の 障害 (有 ・ 無)	
	所 見 (有 ・ 無)			異常 (有) の場合, 具体的に	
	所見 (有) の場合, 具体的に				
主 な 現 在 症	入学後の健康管理上, 治療を要する疾患の 有無とその内容, 及び現在の精神症状		主 な 既 往 症	あり	
				1. (才)	
				2. (才)	
				3. (才)	
特 記 事 項	内臓障害 ・ 運動障害及び精神障害等で治療を要すると認められること, 特に学業を続ける 上で注意を要すると認められることを記入してください。			なし	

診断の結果, 上記のとおり相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

住所 (所在地)

医 療 機 関 名

医 師 の 氏 名

印

- 1. 検査方法等は, 学校保健法施行規則に従って記入してください。
- 2. 「視力」欄のカッコ内には矯正視力を記入してください。
- 3. ※印は記入しないでください。