

福山大学薬学部編入学志願者健康診断書

|                                                                                   |               |                |               |        |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------|----------------|---------------|--------|-----------|
|                                                                                   |               | 受験番号<br>(記入不要) |               | ※      |           |
| フリガナ<br>氏 名                                                                       |               |                | 生年月日          | 年 月 日生 |           |
| 現 住 所                                                                             |               |                |               |        |           |
| 診 断 事 項                                                                           |               |                |               |        |           |
| 身 長                                                                               | c m           |                | 体 重           | k g    |           |
| 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    |                | 所見(有)の場合具体的内容 |        |           |
|                                                                                   | 所 見 ( 有 ・ 無 ) |                |               |        |           |
| 主な既往症・<br>現在の健康状態                                                                 |               |                |               |        |           |
| そ の 他<br>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。<br><br>令和 年 月 日<br><br>住所（所在地）<br><br>医療機関名<br><br>医師の氏名 |               |                |               |        |           |