

令和 9 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	(男・女) 出身学校等	国 立 公 立 私 立 その他
〒 現 住 所		昭和 平成 令和 年 月 卒業 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) なし	
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。				

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。