

大月短期大学 特別聴講生申込者健康診断書

大月短期大学

※		※				
ふりがな 氏名				生年月日	年 月 日	
現住所				性別	男 ・ 女	
診 断 事 項						
身長	・	cm	体重	・	kg	
エ ッ ク ス 線 検 査	エックス線像			身 体 障 害	区 分	異常の有無
	撮影日 月 日				運 動	有 ・ 無
					視 覚	有 ・ 無
					聴 覚	有 ・ 無
					言 語	有 ・ 無
所見				そ の 他	有 ・ 無	
異常なし ・ 要観察 ・ 要精検			異合的 常のな の具内 場体容			
主羅 な患 既時 往の 症年 と齡	肺 結 核	才	そ の 他	才	主 な 現 在 症	〔 入学後の健康管理上注意すべき 疾病の有無とその内容 〕
その他の結核疾患						
()	才					
気管支喘息	才					
心 疾 患	才					
腎 疾 患	才					
そ特 の記 他事 の項						
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住 所 (所在地) 医 療 機 関 名 医 師 の 氏 名						
					(印)	

記入上の注意

1. ※印欄は、大学が記入するものとする。
2. X線検査の欄については、撮影年月日を記入すること。
3. 身体障害の欄については、異常の有無を○で囲み、その具体的内容を記入すること。
4. 主な既往症の欄は該当疾患を○で囲み、罹患時の年齢を記入すること。例示以外の疾患でとくに重要と認められるものについては、その他の箇所に疾患名および罹患時の年齢を記入すること。
5. その他特記事項の欄は、内部疾患、運動障害および精神障害で治療を要すると認められるもの、または特に注意を要すると認められるものを記入すること。
6. 人間ドック等1年以内に受診し、その写しが提出できれば、この健康診断書に代えることができる。