

# 入学志願者健康診断書

受験番号

※

学校法人 松山学園

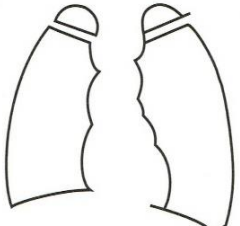
松山学園松山福祉専門学校

令和 年 月 日

※印は本校で記入。

フリガナ			
氏名	生年月日	昭和 平成	年 月 日生
現住所	〒 電話 - -		

## 診 断 事 項

身長	cm	体重	kg	胸 囲	cm
エックス線検査	直接	間接	視力	右 矯正 ( )	左 矯正 ( )
			聴力	右 正常 異常	左 正常 異常
			尿検査	蛋白質 ( ) 糖 ( ) ウロビリノーゲン ( )	
撮影年月日	年 月 日	撮影番号	第 号		
所見			既往症		

この枠内は、志願者本人が記入すること。

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

医療機関住所

医療機関名

医師の氏名

印

※各項目に記入漏れのないように注意願います。

キリトリ線