

入学志願者健康診断書

学校法人松山学園
松山学園松山福祉専門学校

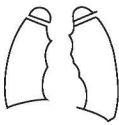
受験番号
※

令和 年 月 日

※印は本校で記入。

フリガナ		生年月日	昭和 平成	年	月	日生
氏名						
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 () 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

㊤

※上記の検査項目に加え、「血液検査」も実施すること。

※各項目に記入漏れのないように注意願います。