

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
※

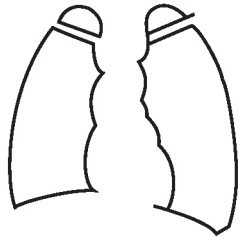
令和 年 月 日

※印は本校で記入。

この枠内は、志願者本人が記入すること。

フリガナ		生年月日	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 ()
撮影年月日	年	月	日		
撮影番号	第	号			
所見			既往症		

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。

キリトリ線