

# 健康診断書

宇部フロンティア大学

太枠内は本人が記入してください。

氏名	年 月 日生 男・女
現住所	〒

診 断 事 項				
身長	体重	視力	区 分	異 常 の 有 無
			運 動	有 ・ 無
視力	視覚	聴覚	言 語	有 ・ 無
X線検査	胸部レントゲン Type of X Ray ( 透視 ・ 間接 ・ 直接 ) 所見	異常の場合の具体的内容		
主な現在症	有 ・ 無 [ 入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容 ]	その他特記事項		

診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する  
年 月 日

住所 (所在地)  
医療機関名  
医師の氏名

