

清和大学科目等履修志願者健康診断書

ふりがな			
氏名	男 女		
生年月日	昭/平	年	月 日生 (西暦 年)
現住所	〒	出身校 (最終学歴)	国立 公立 私立
診 断 事 項			
視 力	右	・ ()	
	左	・ ()	
聴 力	右		
	左		
結 核			
その他の疾病 及 び 異 常			
既 往 症	肺 結 核	才	腎 臓 疾 患 才
	肋 膜 炎	才	てんかん 才
	気管支喘息	才	そ の 他
	心 臓 疾 患	才	() 才
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 西暦 20 年 月 日 <div style="text-align: right;">住所 (所在地)</div> <div style="text-align: right;">医療機関名</div> <div style="text-align: right;">医師の氏名 ㊟</div>			

太線内は本人が記入すること。医療機関名はゴム印を用いて証明してください。
 ※印欄は記入しないでください。