


# 杏林大学大学院保健学研究科 入学志願者健康診断書

受験番号	※
------	---

フリガナ			
氏名			
生年月日	年 月 日生		
現住所	〒 ー		
診 断 事 項			
身長	c m	体重	k g
視力	左 裸眼 矯正 ( ) 右 裸眼 矯正 ( )	聴力	左 正常・低下(いずれかに○) 右 正常・低下(いずれかに○)
主な 既往歴	胸部 X 線 検 査		 所見  撮影年月日 年 月 日
内科的 所見			
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いたします。  <div style="text-align: center;">                     年 月 日                       住所（所在地）                       医療機関名                       医師の氏名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>			

※印欄は記入しないでください。