

西暦 年度 帝塚山大学 (科目等履修生 ・ 聴講生)

健康診断書

帝塚山大学

ふりがな			男	学籍番号	※
氏名			女	生年月日	西暦 年 月 日
現住所	〒 -				
診 断 事 項					
身長	. cm		胸	部	撮 影 年 月 日
体重	. kg				エ
視力	右	裸眼 矯正 (.)	ク	直 接	
	左	裸眼 矯正 (.)			
既往症	・無 ・有 (病名)		線		
検尿	蛋白	糖	潜血	検	
	()	()	()	査	
医師所見					
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 西暦 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名					



(注) 太枠内は志願者本人が記入すること。
 ※印欄は記入しないでください。