

定 期 健 康 診 断 結 果 表

氏名 _____

実施年月日		年 月 日	記入者	学校名	
				担当者	⑩
視力	右		担 当 学 校 医 所 見		
	左				
色 覚					
聴力	右				
	左				
結 核					
その他の疾病及び異常			既往症) 発病 年 月 日 全快 年 月 日		

- (注) 1 大学・大学院・短期大学申請の場合は、申請時点の直近の診断の結果を学校の担当者が記入し押印すること。
- 2 上記健康診断を受診していない場合は、公的医療機関で「健康診断」を受診して「健康診断書」を添付すること。