**健　康　診　断　書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志望校名 |  | 現住所 |  |
| 氏名 |  | 性別 | 男・女 |
| 志望科名 |  |
| 生年月日 | 　　　　年　　月　　日 | 満　　　才 |
| 身長 | cm | 体重 | kg | 聴力 | 右 |  |
| 視力 | 右 | ．　　（　　 ． 　） | 左 |  |
| 左 | ．　　（　　 ． 　） | 色覚 |  |
| Ｘ線検査 | Ｘ線写真（間接）撮影　　　年　　月　　日 |
| 所見 |  |
| 主な既往歴と罹患時の年齢 |  |
| 所見 |  |

　　上記のとおり診断しました。

　　　　　　　　　年　　　月　　　日

（診断医療機関）

（医師氏名）（自署）

※１　受験年度に高等学校等に在籍しており、同年度の３月に卒業見込の者は、定期健康診断書等の写しにより、これに代えることができます。

２　この健康診断書は、入校願書受付前３カ月以内ものに限ります。

３　主な既往歴の欄には、内部疾患、運動障害及び精神障害等の当該疾患名を書き、罹患時の年齢を記入して下さい。

（Ａ４）