

北九州市立大学 科目等履修志願者健康診断書

フリガナ 氏 名	男・女	生年月日	年 月 日生
現住所	〒 ー		

診 断 事 項	
視 力	右 ( ) 左 ( )
聴 力	右： 正常 難聴 左： 正常 難聴
胸部X線検査	結核の有無 有 ・ 無
	その他疾患 ( )
主な既往症と 罹患時の年齢	
在学中の健康管理上 注意すべき疾病の 有無とその内容	
<p>診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>医療機関名 医師氏名</p> <p style="text-align: right;">印</p>	

(医師の氏名、印のないものは無効)

【注 意】

- 1 聴力、結核の有無の欄は、それぞれ該当事項を○で囲んでください。
- 2 検査方法等は、学校保健安全法施行規則の定めるところによります。