

専修大学 科目等履修生 志願者 健康診断証明書

希望コースを○で囲んでください。 ①科目登録コース ②社会人コース ③資格課程コース			
フリガナ 氏 名			
生年月日	年	月	日生
現住所	〒 _____ 電話 (_____)		
診 断 事 項			
身長	c m		体 重 k g
視 力	右 . (.)	左 . (.)	
身体機能	区 分	異常の有無	異常の場合の具体的内容
	運 動 視 覚 聴 覚 言 語 その他	有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無 有 ・ 無	
胸部X線 検査	直接 間接 撮影年月日 撮影番号		
	所 見		
主な既往症 と罹患時の 年齢	心 疾 患 腎 疾 患 結 核 精神神経疾患 リウマチ てんかん そ の 他	歳 歳 歳 歳 歳 歳 歳	主な現在症 (入学後の健康管理上注意すべき疾病の内容)
その他の 特記事項			
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。			
年 月 日 住所 (現在地) 医療機関名 医師名 印			