

※受付番号 資

## 令和8年度 専修大学 科目等履修生 健康診断証明書

希望課程を○で囲んでください。 ①教職 ②司書・学校司書 ③司書教諭 ④学芸員				
フリガナ 氏名				
生年月日	年 月 日生			
現住所	〒 一 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な内容
	運動	有	無	
	視覚	有	無	
	聴覚	有	無	
	言語	有	無	
	その他	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	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)	
	腎疾患	歳		
	結核	歳		
	精神神経疾患	歳		
	リウマチ	歳		
	てんかん	歳		
	その他の	歳		
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