

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	〒 ー 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			