

平成29年度

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	大正 昭和 平成	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
レントゲン 所見	X線撮影 (直接 ・ 間接)
	結核の有無 有 ・ 無
	その他疾患 ()
主な既往症と 罹患時の年齢	
注意すべき疾病の 有無とその内容	
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。	
平成 年 月 日	
所在地	
医療機関名	
医師氏名	
印	

(医師の氏名、印のないものは無効)

【注 意】

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