


外国人留学生特別入試 健康診断書

福岡女子短期大学

		※受験番号	
本人記入	学 科	学科	コース
	専修		
フリガナ		性別	血液型
氏 名		女	生 年 月 日
			西 曆 年 月 日 才
身 長	cm	視 力	左
体 重	kg		右
血 圧	最高 最低	検 尿	糖 蛋白
身体障害	運 動 有・無 視 覚 有・無 聴 覚 有・無	言 語 有・無 その他 障害の部位を具体的に記入 ()	障 害 手 帳 有・無
主な既往症と罹患時年齢	肺結核 才 その他の結核疾患 才 気管支喘息 才 心疾患 才	腎疾患 才 リュウマチ 才 小児マヒ 才 肝疾患 才	入学以後健康管理上注意すべき 疾病、体育制限を要するもの []
胸部エックス線 間接撮影		撮影	年 月 日
		所見	
上記のとおり診断します。			
(西曆) 年 月 日			
住 所			
医療機関			
医 師 名		印	
※ 健康診断は近くの医療機関で行ってください。 ※ 障害者手帳を持っている人はコピーも一緒に提出してください。 健康診断書記入上の注意 主な既往症は該当疾患を○で囲み罹患時の年齢（完治の場合その年齢も）を記入し、入学後健康管理を要する疾病、体育制限などについて記入してください。			
本人記入	今までにかかった感染症について該当するものに○または記入してください。 (※必ず保護者の方々に確認のうえ、記入してください)		
	麻疹 (はしか)	無 有 () 才	予防接種 () 才
	風疹 (三日はしか)	無 有 () 才	予防接種 () 才
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	無 有 () 才	予防接種 () 才
	水痘 (水ぼうそう)	無 有 () 才	予防接種 () 才
	2種混合MR (麻疹・風疹)	無	予防接種 () 才