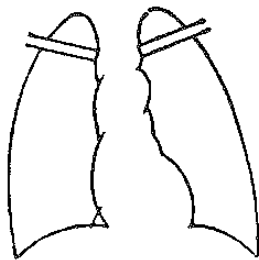



入学手続者 健康診断書

フリガナ		生 年 月 日
氏 名	男 女	西暦 年 月 日
現住所	〒□□□□-□□□□ TEL - -	

※上記欄は本人が記入してください。

診 断 事 項					
主な既往症の有無 無 ・ 有					
身 長	c m			X 線 所 見	間接・直接 NO. _____ X線所見 なし あり 
体 重	k g				
視 力	右 . (.)	左 . (.)			
色 覚					
聴 力					
血 圧					
検 尿	蛋白	- 土 + ++ +++			
	糖	- 土 + ++ +++			
	ウロビリノーゲン	正 常 ・ 異 常			
	潜血	- 土 + ++ +++			
その他の 検査事項					
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 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 医療機関住所 医療機関名 医師の氏名 </div> <div style="text-align: right;">  </div>					

中央動物専門学校