

	科目等履修
	聴講

※
※判定 検査不要 ・ 要再検 ・ 要精密

フリガナ			
氏名	年 月 日生		
住所	〒 ( ) TEL ( )		
身体障害	区分	異常の有無	診断事項
	運動	有 ・ 無	視力 右 ( ) 左 ( )
	視覚	有 ・ 無	
	聴覚	有 ・ 無	主な現在症 (入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容)
	言語	有 ・ 無	
	その他	有 ・ 無	
異常の場合の 具体的内容			
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(所在地) 医療機関名 医師の氏名 <span style="float: right;">㊟</span>			

注) ※欄は記入しないこと。3ヶ月以内に受診したものに限り。