


介護福祉学科 入学志願者健康診断書

(介護福祉学科志願者は医療機関にこの用紙を持参の上受診し、願書とともにご提出ください)

ふりがな 氏名	生年月日	西暦	年	月	日 (満 歳)
------------	------	----	---	---	---------

診断事項							
身長	cm	体重	kg	視力 (矯正 視力)	左 ()	右 ()	
エックス線検査	エックス線像			身体障害	区分	異常の有無	
	直接 (撮影年月日)		間接 (撮影年月日) (撮影番号)		運動	有・無	
	所見				尿検査	視覚	有・無
						聴覚	有・無
						言語	有・無
健康・要観察・要加療			糖 () 蛋白 () 潜血 ()	血圧	最高 最低		
BCG	BCG 接種 未・済・不明			麻疹 (はしか)	予防接種 未・済・不明		
	接種済の場合 接種時期 西暦 年 月				接種済の場合 接種時期 西暦 年 月		
主な既往症と 罹患時の年齢	肺 結 核 その他の肺疾患	歳 歳	気管支 管 疾 患 腎 疾 患 リウマチ 小児神経	喘息 患 者 チ び ん 症	糖尿病 性 糖 尿 病 高 血 圧 その他	歳 歳 歳 歳 歳 歳	
所見							

・志願者は太線のワク内だけ記入のこと。
・文字はペン書・楷書・算用数字で記入すること。(裏面の記入上の注意参照)

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

(印)

記入上の注意

1. BCG 接種および麻疹(はしか)の予防接種をした場合は、該当事項を○で囲み、接種年月日を記入してください。
2. 胸部レントゲンは、最近3ヵ月以内に撮影したもので、直接撮影の場合は撮影年月日を、間接撮影の場合は撮影番号と撮影年月日を記入してください。
3. 身体障害の欄の運動については、運動制限のある症状は全て詳しく、また、視覚については弱視等、聴覚については難聴、言語についてはどもり等を含め異常の有無を○で囲み、その具体的内容を所見の欄に記入してください。
4. 主な既往症の欄は、該当の疾患を○で囲み、罹患時の年齢を記入すること。例示以外の疾患で特に重要と認められるものについては、その他の箇所に疾患名および罹患時の年齢を記入してください。
5. 内部疾患および精神障害で治療を要すると認められるもの、または特に注意を要すると認められるものを所見の欄に記入してください。
6. 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実施してください。