

\*受験番号

京都ノートルダム女子大学  
入 学 試 験

健康診断書  
HEALTH EVALUATION FORM

H

2023年 4 月入学用

フリガナ			生年月日 Date of Birth	年 月 日生 Year Month Date	年齢 Age
氏 名 Applicant's Name					
現 住 所 Present Address			電 話 Telephone		
以下は、日本語または英語で医師が記入してください。 The followings must be completed by a certified physician in either Japanese or English.					
身 長 Height	cm		体 重 Weight	kg	
視 力 Eyesight	左 (矯正) Left (Corrected) .( . )	右 (矯正) Right (Corrected) .( . )	聴 力 Hearing	正常 ・ 異常 ( ) Normal ・ Impaired	
胸部X線検査 Chest X-ray Exam	<div>所見 Describe the condition of applicant's lung</div> <div></div>		尿 検 査 Urinalysis	蛋 白 Albuminuria	－ 士 ＋ ㊦ ㊧
				糖 Glucosuria	－ 士 ＋ ㊦ ㊧
				潜 血 Occult Blood	－ 士 ＋ ㊦ ㊧
	<div>撮影年月日 Date of X-ray Examination</div> <div>直接 _____ 年 _____ 月 _____ 日</div> <div>Direct Year Month Date</div>		その他所見 Other Findings	消化器、循環器、呼吸器、神経系、 運動機能等の異常の有無 Please check if the applicant has any abnormal symptoms in the following systems: Digestive tract, Cardiovascular, Respiratory, Nervous, and Locomotive.	
<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes (Describe in detail)					
所 見 Remarks	<input type="checkbox"/> 健 康 Normal				
	<input type="checkbox"/> 要観察 Require observation				
	<input type="checkbox"/> 要精密検査 Require detailed examination				
	<input type="checkbox"/> 要治療 Require medical treatment				
	要観察、精密検査、治療の必要があると認める場合は、所見をご記入ください。 If this student has a medical condition that requires further detailed examination, please specify.				
上記のとおり証明する。 I hereby certify the above diagnosis is correct.					
診 断 日 Examination Date	年 月 日 Year Month Date	医 師 署 名 Physician's Signature		印	
医療機関名 Medical Institution			公印	電 話 Telephone	
医療機関所在地 Address				F A X	