

一般選抜
〈体育学部〉

天理大学

※1	
2	

体育学部志願者健康診断書

(※記入不要)

★記入にあたっては、必ず下記の〈注〉を参照してください。

公募推薦選抜 受験番号	
----------------	--

フリガナ	生年月日	年	月	日生
氏名		性別		年齢	歳

診 断 事 項		実 施 年 月 ・ 備 考	
心電図	(所見)	(実施年月： 年 月)	
		異常が認められる場合の運動制限 (有・無)	
胸部X線	(所見)	(実施年月： 年 月)	
		異常が認められる場合の運動制限 (有・無)	
尿検査	(所見)	(実施年月： 年 月)	
視 力	右	()	(実施年月： 年 月)
	左	()	
聴 力	右	正 常 ・ 異 常	(実施年月： 年 月)
	左	正 常 ・ 異 常	
四肢・脊柱の運動障害	(所見)	異常が認められる場合の運動制限 (有・無)	
その他の疾病および異常	無・有 ()		

上記の通り相違ないことを証明する。

年 月 日

所 在 地

高等学校名
(医療機関名)

学医名
(医師名)

印

- 〈注〉
1. 太線枠内は志願者本人が記入してください。
 2. 高等学校在学中の志願者については、学校における健康診断に基づいて、学医が作成したものを提出してください。
(心電図、胸部X線は入学時のもので可) ※学校長による証明でも可
なお、既卒等の志願者については、6か月以内に医療機関にて受診し、医師が作成したものを提出してください。
 3. 診断事項のなかで、異常がある場合は診断結果の所見を記入してください。異常または特に記入事項がない場合でもその旨を記入してください。
 4. 心電図、胸部X線、尿検査、視力および聴力については検査実施年月を記入してください。
 5. 「視力」の欄は、裸眼視力は () の左側に、矯正視力は () 内に記入してください。
 6. 両日とも体育学部に出願する場合でも1通とします。
 7. 今年度の体育学部公募推薦選抜に出願した場合は、太線枠内の公募推薦選抜受験番号を忘れずに記入してください。
(再度受診の必要はありません)
- *健康診断書に記載の内容は合否には影響いたしません。