

# 健康診断書

2024年度 新潟医療福祉大学  
総合型選抜A方式(主体性重視型)

受験  
番号

※入学志願票に記載の受験番号を記入してください

太枠内に志願者本人が必要事項を記入したうえで、医療機関へ作成を依頼してください。

フリガナ		男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日	志願学部 学科	学部
氏名						学科

## ● 総合型選抜A方式(主体性重視型)健康スポーツ学科に出願する受験者への注意事項

健康診断書により、総合型選抜A方式(主体性重視型)第2次選抜の「運動実技試験」で課されるすべての種目または一部の種目を受験できないと診断された場合は、該当種目を受験することはできません。その場合、第2次選抜の判定は以下のとおり行いますので、ご了承のうえ出願してください。

【すべての種目を受験できない場合】第2次選抜(運動実技試験)は欠席したものとして取り扱います。

【一部の種目を受験できない場合】受験した種目のみを判定します。

## ● 健康診断を行う医師の方へお願い

この健康診断書は、本学で実施する【総合型選抜A方式(主体性重視型)健康スポーツ学科】において必要な健康状態を確認するためのものです。【総合型選抜A方式(主体性重視型)】では、第2次選抜において運動実技試験(20mシャトルラン、立ち幅跳び、メディシンボールフロンツロー(前投げ)※女子1kg 男子2kg、反復横跳び)を試験科目として課しています。健康診断書作成にあたっては、「運動実技試験の可否」を含む、すべての診断項目のご記入をお願いいたします。

## 診 断 事 項

身体計測	身長	cm	体重	kg
血 圧	/	mmHg		
脈 拍	回/分		整 ・ 不整	
尿 所 見	有 ・ 無	蛋白 ( )	糖 ( )	
心 電 図	所 見			
胸部X線	年 月 日撮影	所見 ( )		
既 往 症	※疾病・病名・罹患時の年齢を記入してください。			
運動実技試験の可否	※該当する項目ひとつに“○”をご記入ください。【否】または【一部否】の場合は、下段「その他特記事項」にその理由をご記入ください。 <b>可 ・ 否 ・ 一部否</b> 一部否に該当するすべての種目に“○”をご記入ください。 (20mシャトルラン・立ち幅跳び・メディシンボールフロンツロー(前投げ)・反復横跳び)			
その 他 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。

(西暦) 年 月 日

住所(所在地)

医療機関名

担当医師名

㊞