

健康診断書

2024年度 新潟医療福祉大学
総合型選抜C方式(スポーツ重視型)

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

該当する強化指定クラブに○をつけてください	種目・ポジション
水泳部・男子サッカー部・女子サッカー部・男子バスケットボール部・女子バスケットボール部・ 陸上競技部・男子バレーボール部・女子バレーボール部・ダンス部・卓球部・硬式野球部・ 女子硬式野球部・テニス部・その他 ()	

● 健康診断を行う医師の方へお願い

この健康診断書は、本学入学後に上記の競技活動(マネージャー含む)を継続して行っていく際に必要な健康状態を確認するためのものです。すべての診断事項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。
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

