

(本科)

受験地	受験番号
	※

身体検査証明書					
氏名		年		月 日生	
身長		cm	体重		kg
握力	右	kg	血圧	最大	mmHg
	左	kg		最小	mmHg
視力	右	裸眼 (矯正)	聴力	右	
	左	裸眼 (矯正)		左	
検尿	蛋白 - ± + ++ +++ (該当するものに○を付ける)			糖 - ± + ++ +++ (該当するものに○を付ける)	
色覚 (注1)	検査結果： 正常 ・ その他 () 検査方法： 石原式 ・ パネル D-15 ・ 他の検査方法 () (検査結果/方法それぞれ該当するものに○を付ける)				
疾病及び 身体機能の 障害の有無	(心臓疾患、視覚機能の障害、精神の機能の障害、言語機能の障害、運動機能の障害その他の疾病又は身体機能の障害) ※疾病等の有無を必ずご記入ください。				
所見	※所見がない場合もその旨を必ずご記入ください。				
今年度卒業 見込みの者	上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 学 校 名 中学校 学校長氏名 印				
医療機関に よる証明 (注2)	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 所 在 地 医療機関名 医師の氏名 印				

※欄は記入しないこと。

日付は西暦で記入すること。

(注1)色覚については、石原式又は他の検査方法で正常以外の場合は、パネルD-15による専門医の診断が必要なため、本校教務課までご連絡ください。

(注2)過年度卒業の者又は今年度卒業見込みの者で中学校で検査できない項目がある場合は、医療機関による証明を受けてください。証明にあたってこの用紙が2枚必要な場合は、コピーして使用してください。