

総合型選抜（帰国子女対象）

令和 8 年度 愛知教育大学保健体育志願者健康診断書

[この診断書は，保健体育専修志願者全員が提出するものです。]

フリガナ ▲氏 名	男 ・ 女	▲現住所 〒□□□-□□□□ (電話 — —)
昭和・平成 年 月 日生 (才)	▲出身学校 高等学校 令和 卒業 (修了) 中等教育学校 平成 年 月 卒業 (修了) 見込 特別支援学校 昭和	
1) 負荷心電図の所見 2) 負荷心電図の所見の結果，愛知教育大学の実技検査（陸上競技，器械運動，水泳（競泳），バスケットボール，バレーボール，サッカー，ハンドボール，ダンスから1種目選択）を行うにあたり，運動制限はありますか？ ※必ず記入してください。 ア) なし ， イ) あり { その内容 } 診断の結果，上記のとおり相違ないことを証明します。 令和 年 月 日 医療機関名及び所在地 医 師 氏 名 ㊞		
※ { }		
▲氏 名	※受験番号	

(注) 1. 志願者は，▲印の欄4か所に記入の上，受診してください。(※印の欄は記入しないでください。)

2. 本診断書は，出願3か月以内に医師が作成したものを提出してください。

なお，志願者は各自で，所見の有無を確認してください。もし，異常所見がある場合，さらに精密検査を受け，その検査結果を併せて提出してください。(その内容によっては実技検査の一部を受験させないことがあります。)

3. 負荷心電図の負荷方法については，特に指定はありませんので，健康診断実施医が適切だと判断する方法で実施してください。