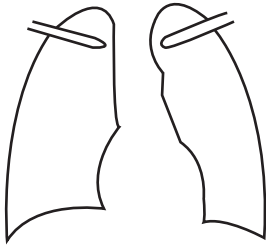


健康診断書

フリガナ			西暦		
氏 名	男・女		年	月 日生	
現住所	〒 -				
診断事項					
身長	cm	エックス線検査	エックス線像		
体重	kg				
視力	右 ()				
	左 ()				
色覚					
聴力	右		撮影区分	直 接	
	左		撮影年月日	西暦	年 月 日
身体障害	異常の場合の具体的内容		撮影番号		
	運動機能障害		異常の場合の具体的内容	所見	
			1. 要医療 2. 要観察 3. 健康		
		結核	有 ・ 無		
主な既往歴		現在治療中の疾患 (入学後の健康管理上注意すべき疾病)			
その他疾病及び異常		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					
医師の氏名 印					