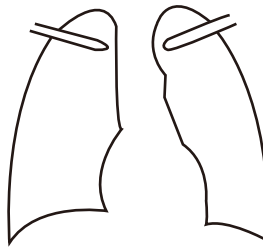


健康診断書

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 	
体重	kg		
視力	右 () 左 ()		
色覚			
聴力	右 左		
身体障害	異常の場合の具体的内容		撮影区分 直接
運動機能障害	異常の場合の具体的内容		撮影年月日 西暦 年 月 日
			撮影番号
			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			