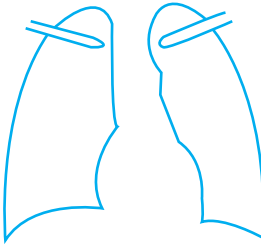


健康診断書

フリガナ		西暦
氏名	男・女	年 月 日生
現住所		
診断事項		
身長	cm	エックス線像 
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	
運動機能障害	異常の場合の具体的内容	
		エックス線検査
		撮影区分 直接
		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		