健 康 診 断 書

<table>
<tr><td>氏 名</td><td colspan="2"></td><td>生年
月日</td><td colspan="2">年　月　日
(満　歳)</td><td>性
別</td><td>男・女</td></tr>
<tr><td>現住所</td><td colspan="7"></td></tr>
<tr><td>身 長</td><td colspan="2">cm</td><td>体 重</td><td colspan="3">kg</td></tr>
<tr><td rowspan="2">視 力</td><td>右</td><td colspan="2">(　　)</td><td rowspan="2">聴 力</td><td>右</td><td colspan="2">正常　異常</td></tr>
<tr><td>左</td><td colspan="2">(　　)</td><td>左</td><td colspan="2">正常　異常</td></tr>
<tr><td colspan="8">胸部エックス線撮影（ 直 接 ・ 間 接 ）　　年　月　日
所 見 （　　）</td></tr>
<tr><td>血 圧</td><td colspan="2">～　　mmHg</td><td>尿検査</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">就学上の注意事項
その他所見</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="8">上記のとおり診断する。
年　月　日

所在地
病院又は施設の名称
医師氏名　　㊞</td></tr>
</table>