

健康診断書

| | | | |
|--|--------|----------|--------------------|
| 氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日 (満 歳) |
| 現住所 | | | |
| 身長 | cm | 体重 | kg |
| 視力 | 右 | () | 聴力 |
| | 左 | () | 右 正常 異常 左 正常 異常 |
| 胸部エックス線撮影 (直接・間接) | | 年 月 日 | |
| 所見 () | | | |
| 血圧 | ~ mmHg | 尿検査 | |
| 就学上の注意事項 その他所見 | | | |
| 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 | | | |

