

健康診断書

氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
現住所						
身長	cm		体重	kg		
視力	右	()	聴力	右	正常	異常
	左	()		左	正常	異常
胸部エックス線撮影 (直接・間接) 令和 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。 令和 年 月 日 所在地 病院又は施設の名称 医師氏名						
						印