

健康診断書

氏名		生年 月日	昭和 平成	年	月	日	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								