

# 健康診断書

氏名				生年月日	昭和・平成	年	月	日
						(満)		歳)
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								
								㊟