

健康診断書

ふりがな		現住所	〒
氏 名			
生年月日	年 月 日生	性別	男 ・ 女

診断事項

視力	右 ・ (・) 左 ・ (・)	聴力	右 左
色覚	正常 異常 ()	運動機能障害	無 有 ()
エックス線検査	撮影方法 間接 直接 撮影番号 年 月 日撮影	主な現在症	入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容
		既往症	
		その他特記事項	
	所見 無 有 ()		

診断の結果，上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

住所（所在地）

医療機関名

医師の氏名

⑩

（記入上の注意）

1. 視力：異常が有る場合は，必ず矯正視力を記入してください。
2. エックス線検査で所見のある場合で要治療，要経過観察の場合はその旨を明記してください。
3. その他の各欄は必ず記入し，所見のない場合でも空欄とせず，なし，斜線等を記入し，記載もれではないことがわかるようにしてください。記載もれの場合，再提出してもらうことになりますので注意してください。

※ 判 定	検診不要 ・ 要検診 ・ 要入学後検診
-------	---------------------

※印欄は記載しないでください。