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    所見  　無  　有（　　　　　　　　　　　　） | 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 |  | |
| 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　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | |

（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。