

入学手続者 健康診断書

フリガナ		生 年 月 日
氏 名	男 女	西 曆 年 月 日
現 住 所	〒□□□□-□□□□ TEL - -	

※上記欄は本人が記入してください。

診 断 事 項				
主な既往症の有無 無 ・ 有				
身 長			c m	
体 重			k g	
視 力	右 . (.)	左 . (.)	X 線 所 見	
色 覚				
聴 力				
血 圧				
検 尿	蛋白	- 土 + ++ +++		その他の所見
	糖	- 土 + ++ +++		
	ウロビリノーゲン	正 常 ・ 異 常		
	潜血	- 土 + ++ +++		
その他の 検査事項				
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。 <div style="text-align: center; margin-top: 10px;">年 月 日</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">医療機関住所</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">医療機関名</div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">医師の氏名 Ⓔ</div>				