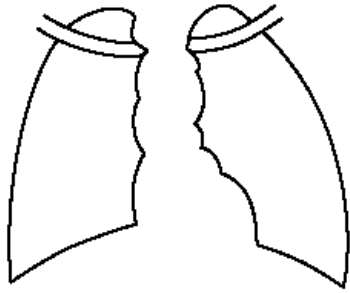


健 康 診 断 書

検査日 年 月 日 実施				
ふりがな 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日生
既往症	結核 心臓病・腎臓病・高血圧 その他の病気 病名 ()			年 月 年 月 年 月
現在疾病	なし	あり 病名 () 治療経過 ()		年 月
身長	. cm		胸部 X 線 所 見	間 接・直 接 <u>フィルムNo.</u> 撮影年月日 年 月 日 異常所見 なし あり () 
体重	. kg			
脊 柱	正 常 ・ 異 常			
胸 郭	正 常 ・ 異 常			
体 質	アレルギー あり・なし			
栄 養	肥 満 ・ 普 通 ・ 瘦 せ			
皮膚異常	なし・あり ()			
言語障害	なし・あり ()			
視 力	(裸眼) 右 . 左 . (矯正) 右 . 左 .			
色 覚	正常・異常 ()			
聴 力	(右) 正 常 ・ 難 聴 (左) 正 常 ・ 難 聴			
血 圧 判 定	/ mmHg		備 考	
検 尿	蛋 白 ()			
	糖 ()			
	潜 血 ()			
	生理中で (ある ・ ない)			
総合所見： 年 月 日 診断施設名 診断医師名 印				

1. 医療機関で受診し、3ヵ月以内に実施した結果を記入してください。
2. 検査方法等については学校保健法施行規則に定めるところにより記入してください。