

# 健康診断書

氏名		生年月日	年 月 日 (満 歳)	性別	男・女
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) 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。 年 月 日  所在地 病院又は施設の名称 医師氏名					

