

健康診断書

ふりがな 氏名	_____		高校名	高校
生年月日	昭和 平成	年 月 日	退学年月日	年 月 日
視力	右	()		
	左	()		
聴力	右	異常なし ・ 難聴		
	左	異常なし ・ 難聴		
胸部レントゲン	直接撮影 ・ 間接撮影 (フィルム番号)			
	所見 (異常なし ・ 要管理)			
疾病及び健康に配慮を 要する事項				
上記のとおり相違ないことを証明する。				
令和 年 月 日				
所在地				
名称				
医師 印				