

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				