

健 康 診 断 書

ふりがな				高校名	高校			
氏 名								
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								
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>所在地</p> <p>名 称</p> <p>医 師 印</p>								