

健 康 診 断 書

ふりがな			出身中学校	
氏 名				
生年月日	年 月 日		卒業年月日	卒業 年 月 日 卒業見込み
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				