

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 | | | | |
| <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> | | | | |