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。

平成　　年　　月　　日

所在地

名　称

医　師　　印