


健康診断書

番号

※

氏名				昭和 年 月 日生	
住所	郵便番号				
	-				
視力	右 ()	眼疾患			皮膚疾患
	左 ()				
聴力	右	耳疾患			鼻疾患 咽喉患
	左				
既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		平成 年 月 日撮影 直・間	ツベルクリン () 陽 転 年 月 BCG 年 月	
現在治療中の疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
総合判定	<input type="checkbox"/> 健康		検尿	糖たん白 ウロビリノーゲン () () ()	
学業に際し注意を要する疾病及び異常					
上記のとおり証明します。					
			医療機関名		
平成 年 月 日			医師名		