

## 健 康 診 断 書

(ふりがな) 氏 名		性別	男・女	生年 月 日	平成 年 月 日	年齢	満 歳
身 長	cm	眼 ・ 耳	視 力 (矯正)	右		色 覚	
				左			
体 重	kg		聴 力	右		眼 疾	
				左			
胸 囲	cm	耳 疾					
坐 高	cm	栄 養	1 良 2 普通 3 不良		血 圧	～	
胸部エックス線検査	撮影日 平成 年 月 日						
主な既往症							
総合所見							
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p>厚岸町教育委員会 様</p> <p style="text-align: right;">医療機関の名称 医師名 <span style="float: right;">㊟</span></p>							

- 備考 1 証明は、学校医又は公的医療機関の医師が発行したものに限りません。
- 2 在籍校において1年以内に定期健診を実施した場合は、診断結果の写しを提出することにより本様式の提出は不要です。