

# 健康診断書

|      |   |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

太枠内を志願者本人が記入してから医療機関へ持参してください。

|      |     |     |    |           |
|------|-----|-----|----|-----------|
| フリガナ |     |     |    |           |
| 氏名   | (姓) | (名) |    |           |
| 生年月日 | 年   | 月   | 日生 | 年齢        |
| 現住所  | 〒   |     |    | 性別        |
|      |     |     |    | 1 男 ・ 2 女 |
|      |     |     |    | 連絡先       |

## 診 断 事 項

|         |  |     |       |  |           |
|---------|--|-----|-------|--|-----------|
| 身長      | cm   |     | 体重    | kg   |           |
| 視力      | 右  | ( ) | 聴力    | 右  | 正常・異常 ( ) |
|         | 左  | ( ) |       | 左  | 正常・異常 ( ) |
| 胸部X線検査  | 年 月 日撮影  |     | 身体障害  | 運動・視力・聴力・言語等の<br>障害 (有・無)                    |           |
|         | 所見 (有・無)   |     |       | 異常(有)の場合、具体的に記入。                             |           |
|         | 所見(有)の場合、具体的内容を記入。   |     |       |  |           |
| 主な現在症   | 入学後の健康管理上、治療を要する疾患の有無とその内容、及び現在の精神症状                               |     | 主な既往症 | あり<br>1. ( 才 )<br>2. ( 才 )<br>3. ( 才 )<br>なし |           |
| その他特記事項 | 内臓障害・運動障害及び精神障害等で治療を要すると認められること、特に学業を続ける上で注意を要すると認められることを記入してください。 |     |       |  |           |

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

住所(所在地)

医療機関名

医師の氏名

1. 検査方法等は、学校保健法施行規則に従って記入してください。
2. 「視力」欄のカッコ内には矯正視力を記入してください。
3. ※印は記入しないでください。