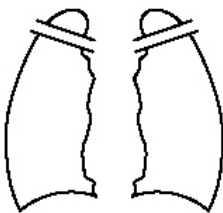


健 康 診 断 書

フリガナ 氏 名 生年月日	() 年 月 日			男 ・ 女
現 住 所	〒 電話 () —			
診 断 事 項				
身 長	cm	体 重	kg	その他の 疾病及び 異 常
視 力	右 左			
エックス 線 検 査	エ ッ ク ス 線 像 直接 間接 			診断医 所 見
	撮影番号 撮影年月日 年 月 日			
	所 見			
	健 康 ・ 要 観 察 ・ 要 治 療			
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 医療機関所在地 医 療 機 関 名 医 師 氏 名 印				

記入上の注意

1. 太枠内は、志願者が記入すること。
2. 視力欄は、両眼の裸眼視力が 0.7 未満の者については、矯正視力を必ず記入すること。
3. その他の疾病及び異常の欄については、内科的疾患、運動障害及び精神障害で治療を要すると認められるもの、又は教育上、保健指導上必要と認められるもの並びに主な既往症及び罹患時の年齢を記入すること。
4. 検査方法等は、学校保健安全法施行規則の定めるところによること。
5. 各項目とも、漏れなく記入すること。