

健康診断書

科目等履修生NO.

氏名			生年月日	昭和 平成	年	月	日
現住所	〒 _____						
診 断 事 項							
エ ッ ク ス 線 検 査	エ ッ ク ス 線 映 像						
						直接撮影	
						(撮影年月日)	
						(撮影番号)	
						間接撮影	
						(撮影年月日)	
						(撮影番号)	
所見						・要観察 ・要治療	
主な既往症と罹患時の年齢	肺結核	歳	腎疾患	歳	主な 現病歴		
	その他の 結核疾患 ()	歳	リウマチ 小児まひ てんかん	歳 歳 歳			
	気管支喘息	歳	精神病	歳			
	心疾患	歳	その他	歳			
	<input type="checkbox"/> 特になし					<input type="checkbox"/> 特になし	
その他の特記事項							
診断の結果上記の通り相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住所(所在地) 医療機関名 医師の氏名 印							
校医所見欄							