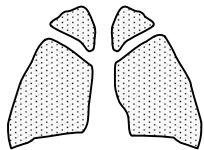


フリガナ				判定	検不要 要精検		
氏名	男・女			生年月日	年 月 日		
現住所	〒						
診断事項							
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm		
色覚	正常	色弱		視力	右 (.)		
		色盲			左 (.)		
X線検査	直接 (撮影年月日) 所見	間接 (撮影番号)				区分	異常の有無
	健康・要観察・要治療					運動	有・無
						視覚	有・無
						聴覚	有・無
						言語	有・無
						その他	有・無
		異常の場合の具体的内容					
主な既往歴				入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容			
肺結核	歳	小児麻痺	歳	特記事項・その他			
その他の結核疾患		てんかん	歳				
	歳	神経症	歳				
気管支喘息	歳	精神病	歳				
心疾患	歳	その他					
腎疾患	歳	()					
リュウマチ	歳		歳				
診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。 住所(所在地) _____ 年 月 日 医療機関名 _____ 医師の氏名 _____							