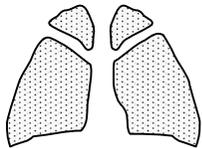


フリガナ				判定	検不要 要精検	
氏名	男・女			生年月日	年 月 日	
現住所	〒					
診断事項						
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm	
色覚	正常	色弱		視力	右 ( . )	
		色盲			左 ( . )	
X線検査	直接 (撮影年月日) 所見	間接 (撮影番号)				
				身体障害	区分	異常の有無
	健康・要観察・要治療				運動	有・無
					視覚	有・無
					聴覚	有・無
					言語	有・無
その他					有・無	
			異常の場合の具体的内容			
主な既往歴			入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容			
肺結核	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			
<p>診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>住所(所在地)</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名</p>						