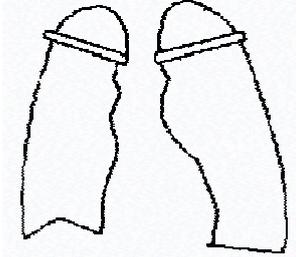


健康診断書

検査日 年 月 日 (※出願より3か月以内に受診したもので、必ずこの様式を使用して下さい)

氏名：		性別： 男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日生	
住所：				
身長： cm		体重： kg		胸囲： cm
視力 { 右 左	矯正 { 右 視力 { 左	色神：		聴力 { 右 左
胸部 X 線所見： 年 月 日				
間接・直接				1. 異常を認めず 2. 有 所 見
既往症：				
現在症：				
当てはまる項目に☑を入れて下さい。				
1. 心療内科や精神科を受診したことがある。 <input type="checkbox"/> 有→ (<input type="checkbox"/> 完治 <input type="checkbox"/> 通院中) <input type="checkbox"/> 無				
2. カウンセリングを受けたことがある。 <input type="checkbox"/> 有→ (<input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 継続中) <input type="checkbox"/> 無				
聴打診：			血圧： ~ mmHg	
尿検査： 蛋白 () 糖 ()			総評： 就学可 ・ 就学不可	
備考：				
上記の通り診断する				
年 月 日		検査機関名		
医 師			印	