

健 康 診 断 書

氏名		性別		生年月日		年齢	満	年	月	
検査年月日		検査場所								
身長		眼	視力	右		主なる既往症				
				左						
体重			屈折異常	右		呼吸器系統				
				左						
胸囲			色 神			ツベルクリン 皮内反応				
坐高			眼 疾			神 經 系 統				
栄 養			耳	聴 力	右		消 化 器 系 統			
					左					
せ き 柱	形態	耳 疾			泌 <small>にょう</small> 器系統					
	疾病	鼻 及 び い ん 喉				レントゲン透視結果				
胸 部		歯	う 歯	処理		その他の所見				
				未処理						
皮 膚		牙	そ の 他 歯 疾							

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

白糠町教育委員会 殿

医師名

Ⓜ