

健康診断書

つくば開成高等学校

年度	R6年度	年次	年次	診断時年齢	歳			
名前				性別				
					昭和・平成	年	月	日生
現住所	(〒 -) 電話 - -							
身長			cm	視力	右	()	左	()
体重			kg	聴力	右		左	
結核性疾患 無・有 (現症				既往症)				
心臓	臨床学的検査			尿	蛋白第一次	-	±	+
	疾患及び異常				糖第一次	-	±	+
					尿潜血	-	±	+
その他の疾病及び異常				主な既往症				

総合所見

医院名	令和	年	月	日
住所	電話	-	-	
診断医師名	(印)			

※記載内容について問い合わせることもありますので、電話番号を必ず記入してください。
 ※この診断書は、病院名等はゴム印でも構いません。
 ※診断内容、その他記入事項を訂正した場合は、診断医師の捺印(訂正印)が必要です。