

フリガナ			男・女	生年 月日	西暦 年 月 日		
氏名			住所	〒 —			
身長	cm		体重	kg		血液型	
視力	右		聴力	右			
	左			左			
心臓疾患				呼吸器疾患			
血圧	最高→	mmhg	四肢及び体幹 の運動障害				
	最低→	mmhg					
既往歴			診断医の所見		☐ 就学に支障ない ☐ その他 ☐ ()		

診断の結果、上記の通り相違ないことを証明する

令和 年 月 日

学校名または
医療機関名

所在地 〒 —

電話番号 ()

担任氏名または
検査医師名

印

- ※お願い
- ①身長・体重の測定は、正確をお願いします。
 - ②医療機関による診断書の場合は、願書提出の三ヶ月以内のものとして下さい。
 - ③在学校による証明の場合、実施した診断項目のみ記入して下さい。
 - ④在学校・勤務先で行った健康診断書の写しでも可。