

健康検査書

※印欄は本人が記入すること

豊川高等学校

※氏名 <small>ふりがな</small>		男 女	※昭和 平成	年	月	日生
※現住所	〒 () ☎ () ()					
※既往症	なし あり	病名	治療 期間	年	月	日頃 から約 間

身長			cm	胸部 X線 撮影	所見なし 所見あり
体重			kg		
四肢運動 機能異常	なし あり				
視力	右	()		胸部	正常 異常
	左	()			
色覚	正常 異常			打聴診	
聴力	右	正常 異常		精神障害	なし あり
	左	正常 異常		中毒症状	
血圧	最大	最小	mm Hg	その他の 異常	なし あり
検尿	糖	- ± +			
	蛋白	- ± +			

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関

医師氏名

⑩

(注) 保健所、病院、医院、診療所で診断を受けて下さい。

- 1 裸眼視力 0.7 未満の場合は () 内に矯正視力を記入して下さい。
- 2 検査項目ごとに「異常」のある場合は、余白に説明を加えて下さい。