

受験番号	※
------	---

既卒者，高卒認定合格者 及び帰国子女特別入学試験用

※ 医療機関で受診してください。

健康診断書

※ 太枠内は本人が記入してください

(ふりがな) 氏 名			生年月日	昭和 年 月 日生 平成	
現住所					
診 断 事 項					
身 長	. cm		体 重	. kg	
視 力 裸眼(矯正)	右	. (.)	聴 力	右	正常・異常 ()
	左	. (.)		左	正常・異常 ()
胸部X線 検査	撮影年月日： 所見				
疾 病 の 有 無	心臓疾患		運動機能障害		
	腎臓疾患		その他		
	精神機能障害				
そ の 他 特 記 事 項	(入学後の健康管理上注意すべき疾病及び既往症とその内容)				
診断の結果上記のとおり相違ないことを証明する。 令和 年 月 日 住 所 (所在地) 医療機関名 医師の名前					

印

(注) 本書の作成については、裏面の「記入上の注意」を参照してください。
本書は厳封のうえ交付してください。

キ
リ
ト
リ
線

記入上の注意

1. ※印欄は, 記入しないでください。
2. 胸部X線検査の欄については, 撮影年月日を記入し, 所見がある場合は, その具体的内容を記入して下さい。
3. 視力の欄は, ()内に矯正視力を記入して下さい。
4. 聴力の欄は, 右・左について異常の有無を記入して下さい。
5. 疾病の有無の欄、その他特記事項欄については, 該当疾患等がある場合は, その具体的内容を記入してください。
6. 検査方法等は, 学校保健安全法施行規則の定めるところによりお願いします。