


健康診断書

氏名				男・女	生年月日	
					学籍番号	
身長		. cm		体重		. kg
視力	右	裸眼 .	メガネ コンタクト (.)	左	裸眼 .	メガネ コンタクト (.)
胸部 X 線						
撮影年月日: 年 月 日 間接・直接 フィルム番号:()						
所見				診断		
						
既往歴および現病歴						
摘要(アレルギーなど)						
上記の通り診断いたします						
令和 年 月 日						
医療機関名						
所在地						
医師氏名						印

◆胸部X線は、間接または直接のいずれかに○印をつけて下さい

◆矯正視力の場合は、メガネまたはコンタクトレンズのいずれかに○印をつけて下さい

(卒業年度生用)
(2年～3年生 教職課程受講者用)