**健康診断書**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 本人記入欄 | ふりがな  氏　名 | | |  | | | 男  ・  女 | 住　所  （連絡先） | | | |  |
| 生年月日 | | | 年　　月　　日生 | | | 出身学校等 | | | | 大学  在学（　　　　年生）  　　　　　年　　　月  卒業(修了)・卒業(修了)見込み |
| 電話番号 | | |  | | | |
| **診断事項** | | | | | | | | | | | | |
| 既往症 | | | 無・有　（病名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 健康の状況 | | 身　長 | | | ㎝ | | | | 体　重 | | ㎏ | |
| 視力 | 右 | | （　　　　　　　） | | | | | 左 | （　　　　　　　） | |
| 聴力 | 右 | |  | | | | | 左 |  | |
| 結核 | 無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| その他の疾病及び異常 | | | | 無・有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 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  　　　　　　　　　　　　　　　　　医師の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | | | |

（注）1　視力の欄は、裸眼視力を左側に記入し、該当者は（　）内に矯正視力を記入すること。

　　　2　｢結核｣、｢その他の疾病及び異常｣の欄は、無・有のいずれかを○で囲み、有りの場合は（　）に記入すること。

3　検査方法は、学校保健安全法施行規則の定めるところによること。