

令和6年度健康診断書

静岡県立静岡中央高等学校 通信制の課程

生徒番号				生年月日	昭・平 年 月 日		
ふりがな 氏 名				現住所			
診 断 事 項							
身 長				体 重			
	cm				kg		
尿検査	蛋白	潜血	糖	視力	右 () 左 ()		
主な既往症と罹患時の年齢				区 分	異 常 の有 無		
				栄 養 状 態	無 ・有 ()		
				脊柱・胸郭・四肢	無 ・有 ()		
				眼の疾病及び異常	無 ・有 ()		
				聴 力	(右) 無 ・有 () (左) 無 ・有 ()		
				耳鼻咽頭疾患	無 ・有 ()		
				皮 膚 疾 患	無 ・有 ()		
				色 覚	無 ・有 ()		
				その他の疾病及び異常	無 ・有 ()		
				主な現在症	入学後の健康管理上注意すべき疾病の有無とその内容		
その他 特記事項							
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							
住所（所在地）							
医師の氏名							
印							

※就職用など必要な場合のみ