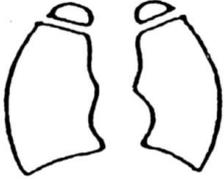


健康（診断）証明書

※ 太線内は受診者本人が記入してください。

ふりがな 氏名		性別		生年月日				
		年齢	歳	電話番号				
住所	〒							
既往歴	(何歳頃、病名、治療の有無・完治等)	身長	cm	体重	kg			
		視力	裸眼 右 左	矯正 右 左				
現 症	伝染性疾患	血圧	収縮期	拡張期				
	神経系疾患		(1)	mmHg	mmHg			
	循環器系疾患		(2)	mmHg	mmHg			
	腎臓疾患	尿検査	蛋白	- ± + ++ +++				
	肝臓疾患		糖	- ± + ++ +++				
	代謝・内分泌疾患	聴打診						
	その他の疾患							
	精神障害					その他(日常生活及び勤務についての制限 ○を付してください) 日常生活についての制限 無 日常生活についての制限 有 [勤務についての制限 無 勤務についての制限 有]		
	視聴覚障害							
	言語障害							
運動障害								
胸部エックス線検査	令和 年 月 日撮影							
直接 所見なし 所見あり 内容 []								

上記のとおりであることを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

(所在地・電話番号)

診療科名

医師氏名



裏面をご参照ください。

(草加市教育委員会使用欄)