

# 健康診断書

フリガナ		性別		(西暦) 年 月 日生	
氏名			生年月日	(満 歳 か月)	
<b>主な既往歴及び現病歴</b> <small>※必ず「なし・あり」に○をつけてください。                  ※「あり」の場合は病名・完治・寛解・経過観察中・治療中に○をつけてください。</small>	心疾患	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中			
	腎臓疾患	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中			
	痙攣性疾患	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中			
	喘息	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中			
	アレルギー疾患 (食物・眼・鼻・皮膚など)	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中			
	川崎病	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中			
	血液疾患	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中			
その他	なし・あり 病名 ( ) 完治・寛解・経過観察中・治療中				
● 視力・聴力の測定機器がない場合は、会話等の中で判断してください。音声言語の所見も同様をお願いします。 ● 医師の所見は、必ずご記入ください。					
項目	異常の有無	記載欄			
心音	なし・あり				
呼吸	なし・あり				
栄養状態	なし・あり				
脊柱	なし・あり				
胸郭	なし・あり				
皮膚疾患	なし・あり				
四肢の状態	なし・あり				
視力	なし・あり				
聴力	なし・あり				
音声言語	なし・あり				
その他の疾患及び異常	なし・あり				
身長	. cm	体重	. kg		
医師の所見 (就学上の注意等)					
所在地	上記のとおり診断いたします。				2017年 月 日
病院名	電話 ( )				
医師名	(印)				

※修正される際は二重線をひき、訂正印を押して下さい。