様式〔３〕

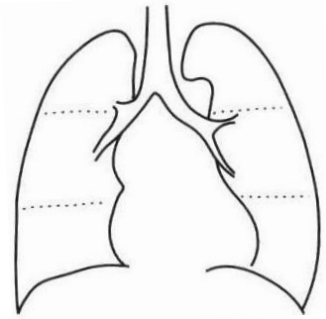
# 令和6年度
# 麗澤高等学校　健康診断書（入寮希望者のみ提出）

| 受験番号 | |
|---|---|

**令和5年10月1日以降に診断を受けたものを提出してください。**

医療機関については、特に指定しません。

**検査事項はもれなく記入してください。※欄は記入不要です。**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 氏名 | フリガナ<br>男・女 | | | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 |
| 住所 | | | | 電話番号 | （　　）－（　　）－（　　） |
| 視力 | 右 | 矯正<br>（　　） | ※ | 胸部X線 | 直接　・　間接<br>撮影 令和　年　月　日<br>フイルム番号 No.<br>＜所見＞<br>  <br>（令和5年10月1日以降に限る） |
| | 左 | 矯正<br>（　　） | ※ | | |
| 聴力 | | | ※ | | |
| 運動障害 | | | ※ | | |
| 尿検査 | 糖 | | ※ | | |
| | 蛋白 | | ※ | | |
| その他疾病異常 | | | ※ | 学校生活上の留意点 | |
| 主な既往症 | | | ※ | | |

総合所見

上記の通り診断する。　　令和　　年　　月　　日

所在地

電話番号

医療機関名　　印

医師名