

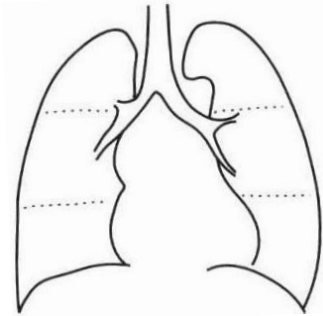
令和9年度
麗澤高等学校 健康診断書（入寮希望者のみ提出）

受験番号	
------	--

令和8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			生年月日	平成 年 月 日			
	男・女							
住所					電話番号	() - () - ()		
視力	右	矯正 ()	※	胸部X線	直接・間接 撮影 令和 年 月 日 フィルム番号 No. <所見>  (令和8年10月1日以降に限る)			
	左	矯正 ()	※					
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								
医師名								
印								