

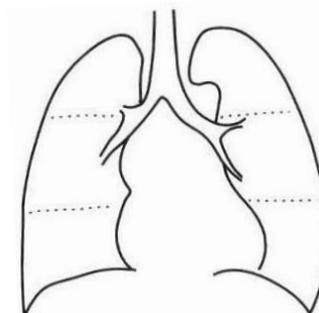
令和5年度 麗澤高等学校 健康診断書 (入寮希望者のみ提出)

受験番号	
------	--

令和4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4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					
<p>上記の通り診断する。 令和 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所在地</p> <p style="text-align: center;">電話番号</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">印</div>					