

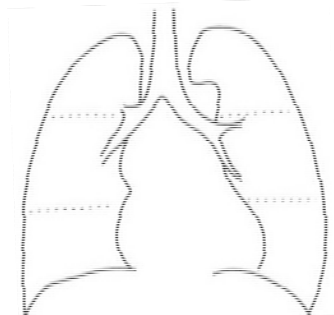
令和3年度  
麗澤高等学校 健康診断書 (入寮希望者のみ提出)

受験番号	
------	--

令和2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> <div style="text-align: center;">  </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">(令和2年10月1日以降に限る)</p>		
	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  健康・要養護			
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							

