

令和4年度 麗澤高等学校 健康診断書

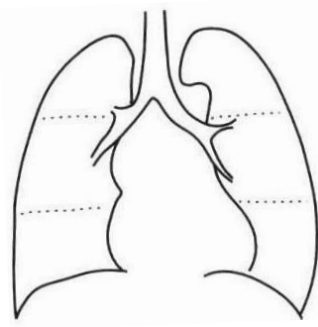
(入寮希望者のみ提出)

受験番号	
------	--

令和3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; margin: 10px 0;">  </div> <p style="text-align: right; font-size: small;">(令和3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			
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							

