

茨城県立海洋高等学校専攻科入学志願者健康診断証明書

受験番号 ()	ふりがな 氏 名		昭和 平成		年	月	日生
検査年月日	平成		年	月	日	聴 力	
身長	c m		右				
体重	k g		左				
座高	c m		皮膚疾患				
栄養状態			心臓疾病				
脊柱・胸部			耳鼻咽喉疾患				
			尿 検 査		蛋白()糖()潜血() ウロビリノーゲン()		
視 力	右	()	胸部 X 線間接撮影				
	左	()	主な既往症				
色 覚			乗船の可否				
眼の疾病			所 見		及 び 備 考		
その他の疾病及び異常			備 考				
<p>上記のことに相違ないことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医師の住所又は医師の 属する病院の所在地</p> <p>医師の属する病院名</p> <p>医 師 の 氏 名</p>							

注 印欄は記入しないこと。

(A 4 判)