

茨城県立岩瀬高等学校専攻科入学志願者健康診断書

受験番号 ( )	ふりがな 氏名		昭和 平成	年	月	日生
身長	cm		胸部X線 間接撮影	平成	年	月 日 撮影
体重	kg			所見		
視力	右		心臓の疾患 及び異常	健康・要観察・要医療		
	左					
聴力	右		尿	蛋白( )糖( )潜血( ) ウロビリノーゲン( )		
	左					
眼の疾病 及び異常			血 圧			
			その他の疾 病及び異常			
耳鼻咽喉 疾患			主な既往症			
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 療 機 関 名</p> <p>医 師 氏 名 <span style="float: right;">㊟</span></p>						

(注) 印欄は記入しないこと。

(A4判)