

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	cm		右				
体重	kg		左				
座高	cm		皮膚疾患				
栄養状態			心臓疾病				
脊柱・胸部			耳鼻咽喉疾患				
視力	右	()	尿検査		蛋白()糖()潜血() ウロビリノーゲン()		
	左	()	胸部X線間接撮影				
色覚			主な既往症				
眼の疾病			乗船の可否				
その他の疾病及び異常			所見及び備考				
<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。

(A4判)