

様式 4

健康診断書					
氏名		生年月日	年 月 日生		
現住所					
診 断 事 項					
胸部 エ ッ ク ス 線 検 査	エ ッ ク ス 線 像	視力	右	. (.)	
			左	. (.)	
	直 接	眼疾患	無 ・ 有 ()		
	間 接	聴力	右	所見無し・所見有り	
			左	所見無し・所見有り	
		運動機能			
		言語機能			
		呼吸器疾患			
		皮膚疾患			
		撮影年月日 () 撮影番号 ()	神経系疾患		
所見	その他の疾病及び異常				
既往症					
総合所見	(入学後の学校生活及び農業実習・大型農業機械運転等で注意すべきことなど)				
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 (所在地)</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>					