

(様式第4号)

西暦 年 月 日

公益財団法人 尚 志 社  
理事長 吉 田 豊 次 殿


## 健 康 診 断 書

下記のとおり診断いたします。

医師住所

氏 名

印

氏名		性別	男 女	生年月日	西暦	年	月	日	満	年	ヶ月
既往症											
家族歴	父	兄弟			母	姉妹					
身長	cm	体重	kg	胸囲	cm						
色覚				視力	左		右				
血圧	～			聴力	左		右				
心電図				検尿	蛋白( )、糖( ) ウビリ( )、潜血( )						
レントゲン 直接間接撮影	 所見										
感覚器 呼吸器 消化器 神経系 その他病名 及び所見											
就学上の 注意											