別記様式第3号(第2条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康診断書 | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | 性別 | 男女 | 生年月日 | | | |  | | 満　歳　月 |
| 検査年月日 | | |  | | | 検査場所 | | | |  | | |
| 身長 | | |  | | | 耳 | 聴力 | | | 右　　　　　　左 | | |
| 体重 | | |  | | | 耳疾 | | |  | | |
| 胸囲 | | |  | | | 鼻及び咽喉 | | | |  | | |
| 坐高 | | |  | | | 歯牙 | | うし | 処置 | |  | |
| 栄養 | | |  | | | 未処置 | |  | |
| その他の歯疾 | | |  | |
| せき柱 | | 形態 |  | | | 主なる既往症 | | | | |  | |
| 疾病 |  | | | 呼吸器系統 | | | | |  | |
| 胸部 | | |  | | | ツベルクリン皮内反応 | | | | |  | |
| 皮膚 | | |  | | | 神経系統 | | | | |  | |
| 眼 | 視力 | | 右  左 | | | 消化器系統 | | | | |  | |
| 泌尿器系統 | | | | |  | |
| 屈折以上 | | 右  左 | | |
| レントゲン透視の結果 | | | | |  | |
| 色神眼疾 | |  | | | その他の所見 | | | | |  | |

　上記のとおり証明いたします。

　　　　　　　年　　月　　日

　洞爺湖町教育委員会教育長　　　　　　様

住所

医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印