

健康診断書

受検番号	
------	--

沖縄県立那覇工業高等学校（定時制課程）

氏名	
住所	〒
生年月日	年 月 日 歳

身長		胸部 エックス線	フィルム番号() 直接撮影・間接撮影 《結果》異常なし・所見あり	
体重			エックス線撮影ができない場合： 理由()	
視力	右	()	心電図	
	左	()		
聴力	右		現症	現在治療や服薬をしている病名を記入
	左			
尿 検 査	糖		《医師検診結果》	
	蛋白			
	潜血			

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印