

※学校の健康診断の年月日を記入し、実施していない項目は斜線を引いてください

検 査 月 日				令和      年      月      日	
身 体 の 記 録	身      長	cm		皮      膚	
	体      重	kg		尿   検   査	
	視      力	右                      (                      ) 左                      (                      )	結      核		
	眼      疾			心臓疾患 及び異常	
	耳鼻咽喉				
	歯牙口腔			備      考	
	聴      力	右                      dB      左                      dB			
主   な   既   往   症					
現在の自覚症状					
養護教諭の所見					
標 準 検 査 の 記 録		検   査   名	実施年月日	検   査   結   果	検   査   者
	知能検査				
		標準検査等の結果を 記入してください			
	その他の検査				

本書の記載事項に誤りがないことを証明する。

令和      年      月      日

学 校 名 \_\_\_\_\_

校長氏名 \_\_\_\_\_ 職印