

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				
	その他の検査	標準検査等の結果を 記入してください			

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