

# 健康診断書

十日町市

受診者住所				氏名		
在 学 校 名				生年月日	年 月 日生 歳	
身長	cm		体重	kg		胸 囲
						cm
視 力	左		色 神		聴 力	
	右				左	
					右	
既往症					血 圧 測 定	
					—	
感覚器、消化器、呼吸器、 神経器、循環器、その他の 病名及び所見						
特 記 事 項						

年 月 日

住 所

病 院 名

医師氏名

Ⓜ

十日町市長 様