

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 歲	
身長	cm		体 重	kg		胸 囲
視 力	左		色 神	聴 力		左
	右					右
既往症						血 壓 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

印

十日町市長 様