

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	左	
	右					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