

健 康 診 断 書			
氏 名		性 別	男・女 生年 月日 平成 年 月 日
年 齢	年 満 歳		
検 査 年 月 日	年 月 日		
身 長	c m		
体 重	k g		
栄 養 状 態	異常なし ・ 異常あり ( )		
視 力	右		
	左		
既 往 症			
そ の 他 異 常 疾 病			
<p>上記は生徒健康診断票の記載内容と相違ないことを証明いたします。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">学校名</p> <p style="text-align: center;">学校長</p> <p style="text-align: right;">印</p> <p>日高町教育委員会 様</p>			