

様式 4

健康診断書						
氏名		生年月日	年 月 日生			
現住所						
診 断 事 項						
胸部 エ ッ ク ス 線 検 査	エ ッ ク ス 線 像	視力	右	. (.)		
			左	. (.)		
	直 接	眼疾患	無 ・ 有 ()			
	間 接	聴力	右	所見無し・所見有り		
			左	所見無し・所見有り		
			運動機能			
			言語機能			
			呼吸器疾患			
			皮膚疾患			
	撮影年月日 () 撮影番号 ()		神経系疾患			
所見			その他の 疾病及び 異常			
既往症						
総合所見	(入学後の学校生活及び農業実習・大型農業機械運転等で注意すべきことなど)					
<p>上記のとおりであることを証明します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>住所 (所在地)</p> <p>医療機関名</p> <p>医師の氏名 ⑩</p>						