

公益財団法人 尚 志 社  
理事長 山 中 康 彦 殿

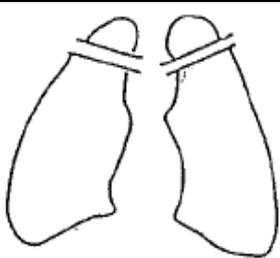
### 健 康 診 断 書

下記のとおり診断いたします。

医師住所

氏 名

印

氏名		性別	男 女	生年月日	西暦 年 月 日	満 年 月
既往症						
家族歴	父	兄弟		母	姉妹	
身長	cm	体重	kg	胸 囲	cm	
色 覚				視 力	左	右
血 圧	～			聴 力	左	右
心 電 図				検 尿	蛋白 ( )、糖 ( ) ウビリ ( )、潜血 ( )	
レントゲン 直接間接撮影	 <p style="text-align: right;">所見</p>					
感 覚 器 呼 吸 器 消 化 器 神 経 系 その他病名 及び所見						
就学上の 注意						