ふじざくら様式３

※受検する検査

※受検番号

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **健　康　診　断　票** | | | | | | |
| ふりがな  氏　名 |  | | 生年月日 | 平成　　年　　月　　日 | | |
| 現住所 |  | | | | 性別 | 男・女 |
| 栄養状況 | |  | | | | |
| 脊柱・胸部 | |  | | | | |
| 皮膚疾患 | |  | | | | |
| その他  疾病等  (起因疾患等) | |  | | | | |
| 高等部受検に係る  医師の所見 | |  | | | | |
| 上記のとおり診断いたします  令和　　　年　　　月　　　日  医療機関名  医　師　名 | | | | | | |

１　※欄は記入しないこと。

２　本票は日本産業規格Ａ４（縦）とする。