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。