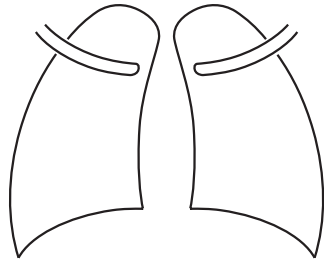


今村学園ライセンスアカデミー

入学志願者健康診断書

ふりがな			生年月日	昭和・平成	
氏名	男 女			年 月 日生	
現住所	〒 □□□□□□□□				
身長	• cm	主 な 既 往 症 肺結核 肋膜炎 気管支喘息 心臓疾患 腎炎 てんかん その他 該当疾患を○で囲む	エ ッ ク ス 線 所 見	直接	間接
体重	• kg				
視力	右 • 左 •				
矯正	右 • 左 •				
聴力	右 異常あり・異常なし 左 異常あり・異常なし				
主な現在症					
その他の特記事項					

※一般開業医可

検査の結果上記の通り診断致します

令和 年 月 日

検査機関住所

検査機関名

医師氏名

※ 高等学校、中学校を令和8年3月卒業見込みの者は提出不要です。

※ 検査方法等は、学校保健安全法施行規則の定めるところによること。