

学 校 検 診 記 録 書

氏 名		性別	男・女	生年月日	S・H 年 月 日生
検査年月日	年 月 日	検査場所			
身長	cm	視 力	右	()	
体重	kg		左	()	
胸 囲	cm	色 覚	・異常なし ・異常あり ()		
座 高	cm	聴 力	・異常なし ・異常あり ()		
栄 養 状 態	・良好 ・不良	眼 疾	・な し ・あ り ()		
脊 柱	・異常なし ・異常あり ()	耳 鼻 疾	・な し ・あ り ()		
胸 郭	・異常なし ・異常あり ()	X線撮影	・異常なし ・異常あり ()		
尿 検	・異常なし ・異常あり ()	その他の 疾病異常			

上記のとおり学校検診の結果と相違ないことを証明します。

令和 年 月 日

学校長氏名

印

備考

1. 学校で実施している学校検診の結果記録票から転記し、学校長が証明してください。
2. 学校検診を受けていない場合は、医療機関で上記内容の健康診断を受けてください。