

健康診断 欠席者受診票

学校で実施する健康診断に参加できなかった場合は、医療機関を受診していただきますよう、お願いします。(なお、以下のうち、未受診の項目について受診してください。)

年 組 番 名前

内科	栄養状態	良・要注意・その他()	令和3年 月 日 実施医療機関 医師名 印
	脊柱	所見なし・所見()	
	胸郭	所見なし・所見()	
	その他の皮膚の疾病	所見なし 所見 (<input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> その他())	
	水泳指導	可・不可	
眼科	目の疾病	所見なし 所見 (<input type="checkbox"/> 結膜炎 <input type="checkbox"/> その他())	令和3年 月 日 実施医療機関
	水泳指導	可・不可	医師名 印
耳鼻咽喉科	耳鼻の咽頭の疾病	所見なし 所見 (<input type="checkbox"/> 耳垢栓塞 <input type="checkbox"/> 鼻ポリープ <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 扁桃肥大 <input type="checkbox"/> 鼻炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> その他())	令和3年 月 日 実施医療機関 医師名
	水泳指導	可・不可	印