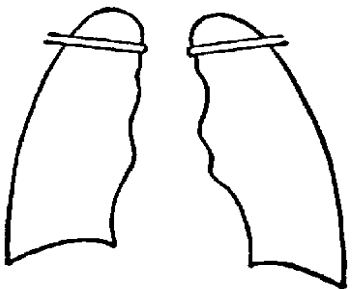
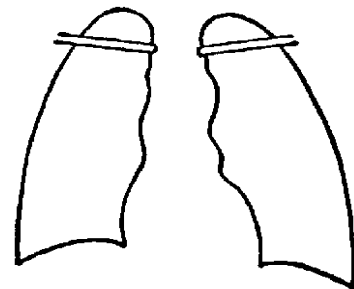
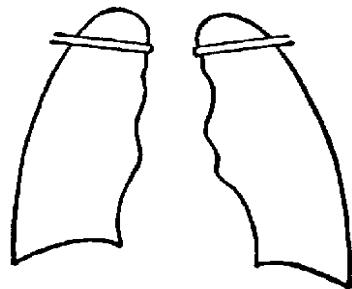
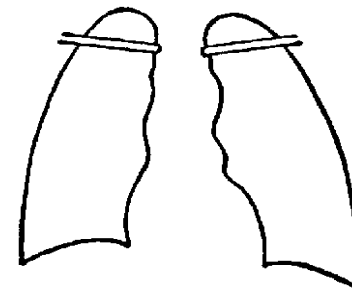


学籍番号		フリガ 氏名	
------	--	-----------	--

受診日	年 月 日
学年	1年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	*1年生のみ
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

受診日	年 月 日
学年	2年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

受診日	年 月 日
学年	3年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

受診日	年 月 日
学年	4年
年齢	歳
身長	. cm
体重	. kg
視力 注1)	右 . (.) 左 . (.)
血圧 注2)	/
尿検査	M 蛋白 糖 潜血 () () () 再検 () () () /
心電図	
胸部 XP	
	XP番号
	所見
内科 診察 注3) 注4)	<input type="checkbox"/> A : 異常なし <input type="checkbox"/> 心雑音 () <input type="checkbox"/> 不整脈 () <input type="checkbox"/> 甲状腺腫大 () <input type="checkbox"/> リンパ節腫脹 () <input type="checkbox"/> 貧血 () <input type="checkbox"/> その他の所見 () []
医療機関名	
医師名	
備考	

注1) 矯正視力は()内に記入

注2) 血圧は、収縮期140以上または拡張期90以上の場合は再測定し、再検結果を記入

注3) 該当する□に☑を記入。有所見項目は下記の診断分類を参照し () 内にA~Fを記入

注4) その他には、強度の斜視が認められる、日常会話が聞こえにくい、明らかな伝染性皮膚炎を認めるなども含む

<診断分類> A : 異常なし B : 心配なし (所見はあるが受診不要、1年後の健診で再診) BF : 経過観察 (自覚症状があれば受診へ)
G : 要精密検査/要再検査 E : 治療中