

健康診断票

学籍番号 _____

学校の名称		国 土 館 高 等 学 校			
氏名		性別	生年月日	年	月 日 生
年齢					
年度					
身長(cm)					
体重(kg)					
座高(cm)					
栄養状態					
脊柱・胸郭					
視力	右	()			
	左	()			
眼の疾病及び異状					
聴力	右				
	左				
耳鼻咽喉疾患					
皮膚疾患					
結核	間接撮影	実施日			
		フィルム番号			
		所見			
		その他の検査			
		病名			
	指導区分				
心臓	臨床医学的検査 (心電図等)				
	疾病及び異常				
尿	蛋白第一次				
	糖第一次				
	潜血第一次				
寄生虫卵					
その他の疾病及び異常					
学校医	所見				
	月日				
事後措置					
備考 (検査機関の名称、責任者等の証明印はここに記載)					

検査を実施する医療機関の方々へのお願い

検査項目の実施基準や測定範囲については、「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」に準拠して
お願いいたします。

記入見本

健康診断票

学籍番号

1301999

学校の名		国 士 館 高 等 学 校				
氏名		国 士 館 太 郎	性別	男	生年月日	1995年 2 月 8 日生
年齢		17歳				
年度		25年度				
身長(cm)		165.5				
体重(kg)		52.1				
座高(cm)		90.4				
栄養状態						
脊柱・胸郭						
視力	右	A ()				
	左	A ()				
眼の疾病及び異状		所見なし				
聴力	右	所見なし				
	左	所見なし				
耳鼻咽喉疾患		所見なし				
皮膚疾患						
結核	間接撮影	実施日	4月9日			
		フィルム番号	293			
		所見	所見なし			
		その他の検査				
	病名					
	指導区分					
心臓	臨床医学的検査 (心電図等)					
	疾病及び異常	所見なし				
尿	蛋白第一次	異常なし				
	糖第一次	異常なし				
	潜血第一次	異常なし				
寄生虫卵						
その他の疾病及び異常						
学校医	所見					
	月日					
事後措置						
備考 <small>(検査機関の名称、責任者等の証明印はここに記載)</small>		医療法人 御多福会 医師 水田 				

検査を実施する医療機関の方々へのお願い

検査項目の実施基準や測定範囲については、「児童生徒の健康診断マニュアル(改訂版)」に準拠して
お願いいたします。

健康診断票(歯・口腔)

学籍番号

国土館高等学校 (通信制課程) _____

氏名					性別	生年月日	年 月 日																							
年齢	年度	歯列・咬合	顎関節	歯垢の状態	歯肉の状態	歯式										歯の状態					その他の疾病及び異常	学校歯科医		事後措置						
						現在歯 未処置歯 処置歯 喪失歯(永久歯) 要注意乳歯 要観察歯										乳歯		永久歯				所見	月日							
						う歯	C	O	△	×	CO	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	喪失歯数												
歳	0	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
						上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上													
	1	1	1	1	1	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左													
	2	2	2	2	2	下											下													
歳	0	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
						上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上													
	1	1	1	1	1	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左													
	2	2	2	2	2	下											下													
歳	0	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
						上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上													
	1	1	1	1	1	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左													
	2	2	2	2	2	下											下													
歳	0	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8									
						上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上													
	1	1	1	1	1	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左													
	2	2	2	2	2	下											下													

検査機関の名称、責任者等の証明印はここに記載

年度

年度

年度

年度

記入見本

健康診断票(歯・口腔)

学籍番号
1301999

国土館高等学校 (通信制課程)

氏名				国 士 館 太 郎				性別	男	生年月日	1995 年 2 月 8 日																												
年齢	年度	歯列・咬合	顎関節	歯垢の状態	歯肉の状態	歯式												歯の状態						その他の疾病及び異常	学校歯科医		事後措置												
						現在歯 未処置歯 処置歯 喪失歯(永久歯) 要注意乳歯 要観察歯												乳歯			永久歯				所見	月日													
												C	O	△	×	CO	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	現在歯数	未処置歯数	処置歯数	喪失歯数																
17歳	25年度	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
		1	1	1	1	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上																						
		2	2	2	2	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左																						
						下											下																						
歳	年度	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
		1	1	1	1	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上																						
		2	2	2	2	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左																						
						下											下																						
歳	年度	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
		1	1	1	1	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上																						
		2	2	2	2	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左																						
						下											下																						
歳	年度	0	0	0	0	8	7	6	5	4	3	2	1	1	2	3	4	5	6	7	8																		
		1	1	1	1	上	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	上																						
		2	2	2	2	右	E	D	C	B	A	A	B	C	D	E	左																						
						下											下																						

検査機関の名称、責任者等の証明印はここに記載

25年度
医療法人 御多福会
医師 水田

年度

年度

年度

生徒各位

該当する学年相当にて、下記項目を健康診断実施可能な最寄りの医療機関で受診してください。

健康診断の検査項目

は全員に実施、 は必要者に実施、 は除外を表しています。

		1年生相当(*1)	2年生相当 (1年生相当、卒業 年度生以外全員)	卒業年度生(*2)	
医療機関 で検査	保健調査				
	身長				
	体重				
	座高				
	裸眼視力				
	矯正視力				
	聴力				
	尿検査				
	寄生虫卵				
	心臓	心電図検査			
		臨床医学的検査			
	結核	問診票			
		エックス線撮影			
		精密検査			
	栄養状態				
	脊柱や胸郭の異常				
	目の疾患・異常				
	耳鼻咽喉頭の疾患				
皮膚疾患					
歯や口腔の異常					
総合評価 (国土館高等学校校医)					

*1 国土館高等学校通信制が初めて入学する高校である生徒。

*2 別途指示有り。