

健康診断証明書

視力がA又はBの場合は数値不要

視力がCの場合は数値を入力してください
0.5に満たない場合は、0.5以上になるよう矯正して測定してください
(コース選択の際に機関コース希望であれば両眼共に0.4でも可)

ふりがな	おおしま はなこ		
氏 名	大島 花子		
生年月日	平成22年10月1日 生	性別	女
在籍(出身)学校	〇〇市立△△中学校 卒業見込み		
診 断 事 項			
視力	右 矯正 B () ※「C」の場合は数値で記入	左 矯正 0.6 ※「C」の場合は数値で記入	
聴力	右 正常	左 正常	
色覚	正常		
主な既往症	無 才 病名		
その他特記事項	(入学後の健康管理上注意すべき疾病や現在服薬中・治療中の疾病があれば記載してください) ☒ 特記事項はありません(無の場合はチェックを入れてください)		

学校長の証明

記載事項に相違ないことを証明する。

令和 8 年 1 月 13 日

学校名 〇〇市立△△中学校

校長名 小 松 太 郎

印

職印

医師の証明 (既卒業者等)

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

住所

医療機関名

医師名

印

健康診断証明書

視力がA又はBの場合は数値不要

視力がCの場合は数値を入力してください
0.5に満たない場合は、0.5以上になるよう矯正して測定してください
(コース選択の際に機関コース希望であれば両眼共に0.4でも可)

ふりがな	おおしま はなこ		
氏 名	大島 花子		
生年月日	平成22年10月1日 生	性別	女
在籍(出身)学校	〇〇市立△△中学校 卒業見込み		
診 断 事 項			
視力	右 矯正 B () ※「C」の場合は数値で記入	左 矯正 0.6 ※「C」の場合は数値で記入	
聴力	右 正常	左 正常	
色覚	正常・異常 医師の診断書を添付		
主な既往症	無 才 病名		
その他特記事項	(入学後の健康管理上注意すべき疾病や現在服薬中・治療中の疾病があれば記載してください) ☒ 特記事項はありません(無の場合はチェックを入れてください)		

学校長の証明

記載事項に相違ないことを証明する。
令和 8 年 1 月 13 日
学校名 〇〇市立△△中学校
校長名 小 松 太 郎 印 職印

医師の証明 (既卒業者等)

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。
令和 年 月 日
住所
医療機関名
医師名 印