

※学習センター記入欄



所属	
学籍番号	
書類受取日	年 月 日

# 健康診断書

(医療機関の方へ)  
裏面をご確認のうえ、必ず全項目を健診くださる様お願い致します。  
記入漏れなどのないようご注意ください。

ふりがな		生年月日		性別	男・女
氏名		西暦	年 月 日 ( 歳)		

検査年月日	年 月 日		結核	※転入学生は受診不要。 ※新入学生・編入学生は入学年次のみ受診のこと。	直接撮影	撮影年月日	
身長	cm					年 月 日	
体重	kg					フィルム番号	
栄養状態					間接撮影	撮影年月日	
脊柱及び胸郭及び四肢の疾病及び異常の有無						年 月 日	
視力	右 ( )	左 ( )				フィルム番号	
眼の疾病及び異常					心臓の疾病及び異常		
聴力	右				尿	蛋白第一次	
	左					その他の検査	
耳鼻咽喉頭疾患							
皮膚疾患							
その他の疾病及び異常							
備考	上記項目その他、留意点等お聞かせ下さい。						
医療機関名							
上記の通り、診断します。							
医師名				印			
第一学院高等学校		高萩校		養父校 校長殿			

# ★医療機関の方へ

- ・必ず全項目を健診くださる様お願い致します。
- ・万が一、検査できない項目がある場合は、該当欄に斜線を引いてください。

※学年センター記入欄		第一学院高等学校	
所属			
学籍番号			
書籍受取日	年 月 日		
<b>健康診断書</b>			
<small>(医療機関の方へ) 患者をご健診のため、必ず全項目を健診くださる様お願い致します。 記入漏れなどのないようご注意ください。</small>			
ふり仮名	生年月日		性別・交
氏 名	西暦 年 月 日 ( 歳 )	性 別	交
検査年月日	年 月 日	撮影年月日	年 月 日
身 長	cm	撮影年月日	年 月 日
体 重	kg	フィルム番号	
栄養状態		撮影年月日	年 月 日
骨格及び胸郭及び四肢の 疾患及び異常の有無		フィルム番号	
視 力	右 ( ) 左 ( )	撮影年月日	年 月 日
眼の疾患及び異常		フィルム番号	
聴 力	右 ( ) 左 ( )	心臓の疾患及び異常	
耳鼻咽喉疾患		尿	蛋白 第一次 その他の 検査
皮膚疾患		上記項目その他、任意点等お願ひ下さい。	
その他の疾患及び異常			
備 考			
医療機関名			
上記の通り、診断します。			
医師名 印			
第一学院高等学校 高萩校 義父校 校長殿			

疾患または異常名を記入  
ください。

裸眼視力はかっこの左側に、  
矯正視力はかっこ内に記入  
ください。

1000Hzにおいて30dBまたは  
4000Hzにおいて25dBを聴取  
できない者については、  
○印を記入ください。

疾患または異常名を記入  
ください。

必ずエックス線間接撮  
影を行なってください。  
※医師の判断により  
エックス線直接撮影を  
行なう場合があります。

蛋白もしくは糖の  
第二次検査または  
潜血検査等の検査を  
行った場合の検査項  
目名及び検査結果を  
記入

## 運動器の検診について

平成28年度から「学校保健安全法施行規則の一部を改正する省令」の施行に伴い、四肢の検査が追加されました。

生徒の脊柱・胸郭・四肢・骨・関節の疾患及び異常を早期に発見するために視診・問診にて検査をお願いします。

### 脊柱側弯

- ・両肩の高さに差があるか
- ・両肩甲骨の高さ・位置に差があるか
- ・左右の脇線の曲がり方に差があるか
- ・前屈した左右の背面の高さに差があるか

### 四肢の検査

- ・前屈、後屈したときに痛みが出るか
- ・片脚立ち(左右)すると身体が傾いたり、ふらついたりするか
- ・足の裏を全部床につけて完全にしゃがめるか
- ・手のひらを上に向けて腕を伸ばした時に完全に伸びない、完全に曲がらない
- ・バンザイした時に両肩が耳につくか
- ・骨、関節、筋肉などについて症状のある部位があるか

## 【検査項目及び実施学年】

項目	検診・検査方法	1年	2年	3年	
身長		◎	◎	◎	
体重		◎	◎	◎	
栄養状態		◎	◎	◎	
脊柱・胸郭 四肢・骨・関節		◎	◎	◎	
視力	裸眼の者	裸眼視力	◎	◎	◎
	眼鏡等をしている者	矯正視力	◎	◎	◎
		裸眼視力	△	△	△
聴力	オーディオメーター	◎	△	◎	
眼の疾患及び異常		◎	◎	◎	
耳鼻咽喉疾患		◎	◎	◎	
皮膚疾患		◎	◎	◎	
結核	エックス線撮影	◎			
	エックス線撮影				
	喀痰検査・聴診・打診	○			
心臓の疾患及び異常	臨床医学的検査	◎	◎	◎	
	その他の検査				
	心電図検査	◎	△	△	
尿	試験紙法	蛋白等	◎	◎	◎
		糖			
その他の疾病及び異常	臨床医学的検査	◎	◎	◎	
	その他の検査				

◎: ほぼ全員に実施されるもの  
○: 必要時または必要者に実施されるもの  
△: 検査項目から除くことができるもの