

## 学校健診（視力）のみ

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：平・令          年          月          日

電話番号： \_\_\_\_\_

眼科以外の病気：なし ・ あり [ \_\_\_\_\_ ]

アレルギーの有無：なし ・ あり

\* ご記入終わりましたら、受付の間診票 BOX に入れてください

## 学校健診（視力）のみ

氏名： \_\_\_\_\_

生年月日：平・令          年          月          日

電話番号： \_\_\_\_\_

眼科以外の病気：なし ・ あり [ \_\_\_\_\_ ]

アレルギーの有無：あり          ・          なし

\* ご記入終わりましたら、受付の間診票 BOX に入れてください