

恩納村「アジア圏内〈文化・交流〉体験プログラム」派遣事業
健康診断書

氏 名			生年月日	年 月 日 生まれ（満 歳）	
住 所	〒 ー 沖縄県国頭郡恩納村字 番地 電話（ ） ー				
① 身 長	. c m				
② 体 重	. k g				
③ 胸 囲	. c m				
④ 視 力	裸 眼	右（ ） 左（ ）	矯 正	右（ ） 左（ ）	
⑤ 聴 力	右	（ 正 常 ・ 不 正 ）	左	（ 正 常 ・ 不 正 ）	
⑥ 言 語 障 害	あ り（ ） ・ な し				
⑦ 検 尿	糖（ ） 蛋白（ ） 細菌（ ）				
⑧ 血 圧					
⑨ 心 臓 疾 患	あ り（ ） ・ な し				
⑩ 内 臓 疾 患	あ り（ ） ・ な し				
⑪ 伝 染 病 疾 患	あ り（ ） ・ な し				
⑫ 既 往 症	あ り（病名 期間 ） ・ な し				
⑬ 治 療 中	あ り（病名 ） ・ な し				
⑭ そ の 他	※アレルギー等				
上記のとおり診断し、恩納村「アジア圏〈文化・交流〉体験プログラム」派遣事業 （3泊4日程度・台湾） の参加に 支障がある ことを認める。 支障がない 令和 年 月 日 医 療 機 関 名 : _____ 医 師 氏 名 : _____ 印					

※ 個人情報適切に管理し、ご本人の同意なく他の目的に使用したり、第三者に提供することはありません。