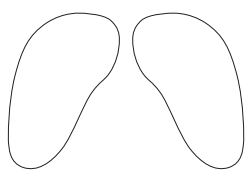


受験番号	*
------	---

健康診断書

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年	月	日	
氏名			年齢				才
現住所	〒						
	☎ () —						

診断事項

身長	・		cm	エックス線検査	撮影区分	エックス線像	
	体重	・			kg	直接間接	
視力		右	・ ()		所 見		
		左	・ ()				
聴力 (対話法)	右				既往症 及び 身体障害		
	左						
検尿	蛋白			その他の 疾病及び 異常			
	糖						
	潜血						

キリトリ線

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

医療機関所在地
医療機関名
医師氏名

⑩

- (注) ①*の欄は記入しないでください。
②年号は西暦(4桁)で記入してください。