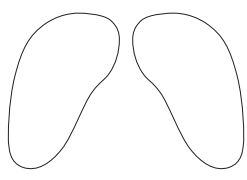


受験番号	*
------	---

健康診断書

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

診断事項

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

印

- (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。