

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

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	・ (.)		既往症及び身体障害	所見
	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。