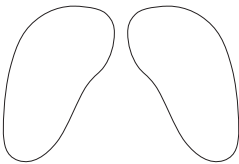


受験番号	*
------	---

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	
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				

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。