

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)						

キリトリ線

(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。