

受験番号	※
------	---

# 健康診断書

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年月日生
身長 . cm	尿検査 蛋白 ( ) 糖 ( ) 潜血 ( )	胸部 X 線検査 フィルム No. 所見 無・有 ( )	
体重 . kg			
視力 右 (矯正) . ( . ) 左 (矯正) . ( . )	血圧 / mmHg	理学的所見	
聴力 右 所見無・有 ( ) 左 所見無・有 ( )			
既往歴 □無 □有 ( )			
現在治療中の病気 □無 □有 ( )			
特記事項			
記載事項に誤りがないことを証明します。			
年 月 日		医療機関名	
		医師氏名	
		(印)	