

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) . (.)	理学所見		
聴力 右 所見無・有 () 左 所見無・有 ()		血圧 / mmHg	
既往歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
現在治療中の病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)	