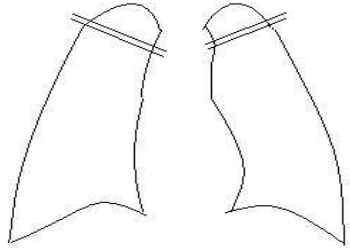



健康診断書			受験番号	※
フリガナ		性別	生年月日	
氏名		男・女	年 月 日	
身長	cm	胸部X線検査	番号	No.
体重	kg		直接・間接	
視力	右 ()			
	左 ()			
主な既往歴			【結核所見】	
疾病の有無			【結核外】	
聴力	右		<u>判定</u> 異常なし 現在心配なし 要観察 要精検	
	左			
一般所見				
尿検査	糖	検査日	年 月 日	
	蛋白			
総合判定				
上記診断の通り相違ないことを証明する 年 月 日 施設名 担当医				
				

※印欄は記入不要