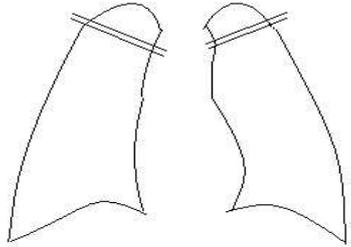


健康診断書			受験番号	※	
フリガナ		性別	生年月日		
氏名		男・女	年 月 日		
身長	cm	胸部X線検査	番号	No.	
体重	kg		直接・間接		
視力	右 ()				
	左 ()				
主な既往歴					【結核所見】
疾病の有無				【結核外】	
聴力	右		<u>判定</u> 異常なし 現在心配なし 要観察 要精検		
	左				
一般所見					
尿検査	糖	検査日	年 月 日		
	蛋白				
総合判定					
上記診断の通り相違ないことを証明する 年 月 日 施設名 担当医					
				印	

※印欄は記入不要