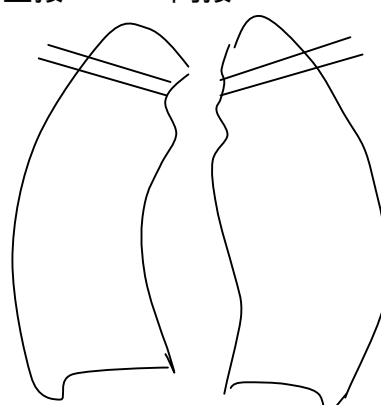


健康診断書

受験番号

フリガナ		性別	生 年 月 日	
氏 名		男・女	年 月 日	
身長	cm		番号	No.
体重	kg		<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 直接 間接 </div>  <p>【結核所見】 【結核外】 【その他】</p> <p>判定</p> <p style="text-align: center;">異常なし 現在心配なし 要 観 察 要 精 検</p>	
視 力	右	()		
	左	()		
主な既往歴				
疾病の有無				
聴 力	右			
	左			
一般所見				
尿 検 査	糖	検査日	平成 年 月 日	
	蛋白			
総合判定				
上記の通り受診したことを証明する 平成 年 月 日				
施設名 担当医				

印

印欄は記入不要