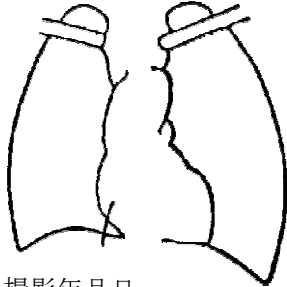


健康診断書

受験 番号	
----------	--

(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	昭和 年 月 日生(才)
住所			
身長	cm	ツベルクリ 反応※2 最終判定	陽 性 ・ 陰 性
体重	kg		年 月
胸囲※1	cm	エ ツ ク ス 線 検 査	 撮影年月日 平成 年 月 日 直接・間接 所 見 1. 異常なし 2. 要 観 察 3. 要 治 療
視力	右 . ()、左 . ()		
色 神			
聴力	右 左		
血 圧	最高 mmHg、最低 mmHg		
血沈※2	1時間値 mm、2時間値 mm		
検 尿	蛋白()、糖()、潜血()		
既往歴	そ特 記 の 事 他項		

上記のとおり証明する。

平成 年 月 日

検査施設 住 所

名 称

医師名



※1 胸囲は省略可。

※2 血沈・ツベルクリン反応については採用後検査することもできます。