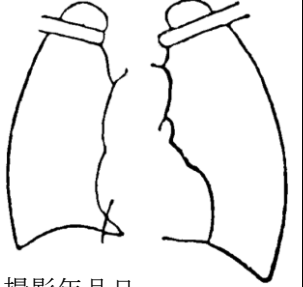


# 健康診断書

受験 番号	
----------	--

(フリガナ) 氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日生 ( 才)	
住所				
身長	cm	ツベルクリ ン反応※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	
視力	右 . ( )、左 . ( )			1. 異常なし 2. 要観察 3. 要治療
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。