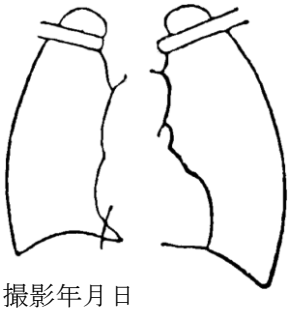
健　康　診　断　書

受験番号	

(フリガナ) 氏　名	男・女	生年月日	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	エックス線検査	 撮影年月日 平成　年　月　日 直接・間接 1．異常なし 2．要観察 3．要治療 所　見
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		その他特記の事項	

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。