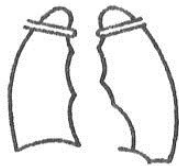


受験番号 ※

健康診断書

現住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日生
性別 男 ・ 女 _____

身長	_____ . _____ cm	胸部X線検査 (直接撮影)  No. _____
体重	_____ . _____ kg	
胸囲	_____ . _____ cm	
聴力	右 _____ 左 _____	(所見) 撮影年月日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
視力	右 _____ . _____ (. .)	(既往症)
	左 _____ . _____ (. .)	
特記事項		

上記のとおり診断します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住 所

医療機関名

医師氏名

印