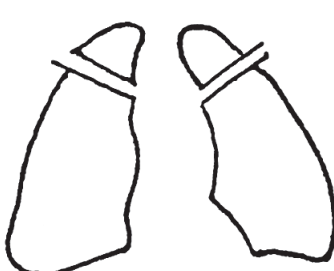


健康診断書

※受験番号	※氏名			※性別	※生年月日	※年齢
				男 ・ 女	昭和・平成 年 月 日	歳
身長	cm	体重	kg	胸部のX線写真所見と理学的所見 		
既往歴						
眼	視力	左	()			
		右	()			
	眼疾					
	色覚					
耳	聴力	左				
		右				
	耳疾					
精神状態 言語				C R P	mg/dl	
体格・栄養				血 圧	/	mmHg
鼻咽頭				脳 神 経 系		
皮膚				脊 柱		
検 尿	蛋 白	糖	ウロビリノーゲン	潜 血	胸 部	
	()	()	()	()	腹 部	
				(注) ウロビリノーゲンについては、正常値の場合は(正常)と記入してください。		
	四 肢					
再 検	不要 ・ 要		再 検 事 項			
備 考						
令和 年 月 日						
(医療機関名)						
(住所)						
(医師名)						印

(注意) ※のところは、受験者が記入すること。