※ 受験番号	

※ 記入しないで下さい。

健　康　診　断　書

検査年月日　　年　　月　　日

氏　名			生年月日	昭和 平成　　年　　月　　日生
身　長		cm	胸部Ｘ線検査 所　見	ﾌｨﾙﾑNo.
体　重		kg		
血　圧		／		
聴力	右		その他の疾病及び異常	
	左			
視力	右(矯正)	(　　)		
	左(矯正)	(　　)	備　考	
検尿	蛋 白		ｳﾛﾋﾞﾘﾉｰｹﾞﾝ	
	糖		潜 血	

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

年　　月　　日

住　　所

医療機関名

医師の氏名　　印

[12－PHA]