

該当する人のみ提出

※受験番号は記入しないでください。


2024年度

受験番号

90

健康診断書

フリガナ		生年月日	年 月 日生
氏名		性別	男 ・ 女

診 断 事 項					
身長		cm	胸部X線検査	撮影年月日	
体重		kg		フィルムNo.	
視力	右	()	胸部X線検査	所見	
	左	()			
聴力	右	()			
	左	()			
その他の疾病 および異常					

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

(西暦) 年 月 日

住所(所在地)

医療機関名

医師の氏名

印

お願い

「その他の疾病および異常」欄には、内部疾患、運動障害および精神障害で治療を要する場合、また特に注意要すると認められる事項があれば記入してください。