

受験番号	※
------	---

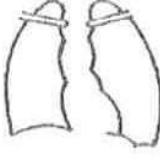
健康診断書

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 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。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師 氏 名

