

受験番号

※

## 健康診断書

|   |                                  |                                    |      |
|---|----------------------------------|------------------------------------|------|
| フリガナ  |                                  | 性別                                 | 生年月日 |
| 氏名  |                                  | 男・女                                | 年月日生 |
| 身長 . cm   | 尿検査<br>蛋白 ( )<br>糖 ( )<br>潜血 ( ) | 胸部 X 線検査<br>フィルム No.<br>所見 無・有 ( ) |      |
| 体重 . kg   |                                  | 理学的所見                              |      |
| 視力 右 (矯正) . ( . )<br>左 (矯正) . ( . )                                   |                                  |                                    |      |
| 聴力 右 所見無・有 ( )<br>左 所見無・有 ( )   | 血圧<br>/ mmHg                     |                                    |      |
| 既往歴<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )      |                                  |                                    |      |
| 現在治療中の病気<br><input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) |                                  |                                    |      |
| 特記事項  |                                  |                                    |      |
| 記載事項に誤りがないことを証明します。   |                                  |                                    |      |
| 年 月 日   |                                  | 医療機関名                              |      |
|   |                                  | 医師氏名                               |      |
|   |                                  | ⑩                                  |      |