

健 康 診 断 書

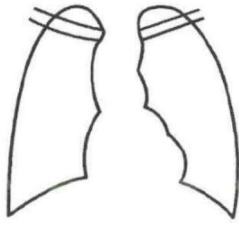
受験番号

※受験生記載欄

ふりがな		性別	男 ・ 女	生年月日 (西暦)	年 月 日
氏名					
住所					
電話番号					

【診断事項】

※医療機関記載欄

既往歴	なし ・ あり ()				
身長	cm		尿検査	糖	- ・ ± ・ + 2+ ・ 3+
体重	kg			蛋白	- ・ ± ・ + 2+ ・ 3+
視力	右	・ ()	血圧	mmHg	
	左	・ ()	胸部 X 線	 撮影年月日 年 月 日	
色覚	正常 ・ 1型2色覚 ・ 1型3色覚 2型2色覚 ・ 2型3色覚				
聴力	右	異常なし ・ 要精査			
	左	異常なし ・ 要精査			
HBs抗原	陰性 ・ ()		HCV 抗体	陰性 ・ ()	
医師所見					

上記の通り診断します。

(西暦) 年 月 日

医療機関名

医師署名