

# 健康診断書

受験番号： \_\_\_\_\_

氏名			
住所	〒		
生年月日	昭和・平成	年	月 日生 (年齢 歳)

身長		cm	胸部間接レントゲン撮影
体重		kg	フィルムNo. (撮影 平成 年 月 日) <結果>
視力	右		<その他の疾病・異常>
	左		
聴力	右		
	左		
尿検査	糖		<総合所見>
	蛋白		
	潜血		

平成 年 月 日

医療機関名

医師名