

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 20 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			

令和 年 月 日

医療機関名

医師名