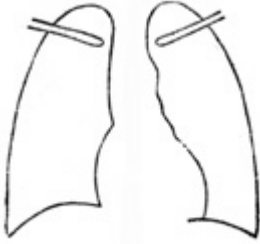


健 康 診 断 書

ふり 氏 名	昭和・平成 年 月 日生				性 別	男・女
住 所	〒					
視 力	裸 眼		矯 正		胸部X線検査	
	左	右	左	右	平成 年 月 日撮影 間接・直接 所見	
						
聴 力	正常 ・ 異常					
血 圧	～ mmHg					
検 尿	蛋白 () 糖 () ウロビリノーゲン ()					
運動機能						
その他の疾病 及び特記事項						
上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日 医療機関の住所 医療機関の名称 医師の氏名 印						

注 1 願書受付3ヶ月以内に受診し作成したものに限ります。

注 2 その他の疾病及び特記事項欄は、治療を要するもの、または、特に注意を要する事項があれば記入して下さい。