

## 健康診断書

|      |   |   |
|------|---|---|
| 受験番号 | ※ | 番 |
|------|---|---|

|      |  |     |    |
|------|--|-----|----|
| ふりがな |  | 男・女 | 平成 |
| 氏名   |  |     | 昭和 |
| 現住所  |  |     |    |

|                   |    |  |  |
|-------------------|----|--|--|
| 身長                | cm |  |  |
| 体重                | Kg |  |  |
| 視力                | 右  |  |  |
|                   | 左  |  |  |
| 聴力                | 右  |  |  |
|                   | 左  |  |  |
| 胸部レントゲン           |    |  |  |
| 既往症その他の<br>疾病及び異常 |    |  |  |
| 就学等における制限         |    |  |  |

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

住所(所在地)

医療機関名

医師の氏名

印

備考 主な既往症と各種疾患, 精神障害, 運動障害などについての有無を記入してください。

※は記入しないで下さい。