

秘

職種		受験番号	
----	--	------	--

## 受験者健康診断書

ふりがな		性別	男・女	現住所 (電話番号)	(TEL: )
氏名					
生年月日	昭和 年 月 日生 平成	年齢	歳		

※上記の太枠部分(職種・受験番号・氏名・ふりがな・性別・現住所・電話番号・生年月日・年齢)は自分で記入してから病院へ提出してください。

入院歴, 既往症, 自覚症状, 他覚症状 等について		尿検査	糖	( )	
			蛋白	( )	
			潜血	( )	
		視力	裸眼	矯正	
右	( )				
左	( )				
身長	cm	聴力	右	1000Hz	所見なし・所見あり( )
体重	kg			4000Hz	所見なし・所見あり( )
血圧	~ mmHg		左	1000Hz	所見なし・所見あり( )
		4000Hz		所見なし・所見あり( )	
胸部X線	間接・直接(どちらでも可) 年 月 日撮影	医師 総合所見			
	所見:	医師 総合判定	A:異常なし B:要観察 C:要精密検査・要治療		
診断年月日	年 月 日	医療機関名称 及び医師名	⑩		

※判定基準 (記入しない こと)	A	B	C
------------------------	---	---	---