

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 |
|------------------------|---|---|---|