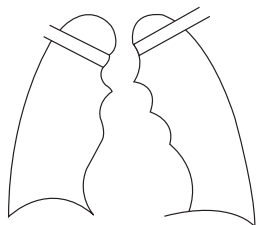


## 健康診断書（技能特待生用）

|                    |   |           |   |    |          |      |
|--------------------|---|-----------|---|----|----------|------|
| 氏名                 |   |           |   |    |          |      |
| 生年月日               |   | 年         | 月 | 日生 | 年齢       | 歳    |
| 住所                 |   |           |   |    |          |      |
| 既往症                |   |           |   |    |          |      |
| 身体所見               |   |           |   |    |          |      |
| 身長                 |   | ・ cm      |   | 体重 |          | ・ kg |
| 視力                 | 左   | ・ 矯正( ・ ) |   | 聴力 | 左        |      |
|                    | 右   | ・ 矯正( ・ ) |   |    | 右        |      |
| 胸部<br>X<br>線<br>検査 | 間接・直接 No. 月 日撮影   |           |   | 検尿 | 蛋白       |      |
|                    | <br>所見 |           |   |    | 糖        |      |
|                    |   |           |   |    | ウロビリノーゲン |      |
|                    |   |           |   | 血圧 | ～        | mmHg |
| 総合所見               |   |           |   |    |          |      |
| 上記のとおり診断します。       |   |           |   |    |          |      |
| 令和 年 月 日           |   |           |   |    |          |      |
| 医療機関名              |   |           |   |    |          |      |
| 所在地                |   |           |   |    |          |      |
| 医師の氏名              |   |           |   |    |          |      |
| ⑩                  |   |           |   |    |          |      |

※ 氏名、生年月日・年齢、住所は本人が必ず記入してください。