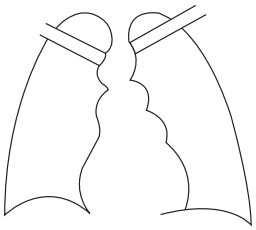
様式４

# 健　康　診　断　書（技能特待生用）

<table>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="2">年　　月　　日生</td><td>年　齢</td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">既往症</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身体所見</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="2">身　長</td><td colspan="2">・　　cm</td><td>体　重</td><td colspan="2">・　　kg</td></tr>
<tr><td rowspan="2">視力</td><td>左</td><td colspan="2">・　　矯正（　・　）</td><td rowspan="2">聴力</td><td>左</td><td></td></tr>
<tr><td>右</td><td colspan="2">・　　矯正（　・　）</td><td>右</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="2">胸部X線検査</td><td colspan="3" rowspan="2">間接・直接　No.　　月　　日撮影<br>所見<br>  </td><td rowspan="2">検尿</td><td>蛋白</td><td></td></tr>
<tr><td>糖</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">総合所見</td><td colspan="3"></td><td>ウロビリノーゲン</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4"></td><td>血圧</td><td colspan="2">～<br>mmHg</td></tr>
</table>

上記のとおり診断します。

（西暦）　　年　　月　　日

医療機関名
所在地
医師の氏名　　㊞

※　氏名、生年月日・年齢、住所は本人が必ず記入してください。