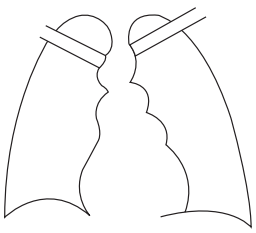
健　康　診　断　書（技能特待生用）

<table>
<tr><td>氏　名</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="2">平成　　年　　月　　日生</td><td>年　齢</td><td colspan="2">歳</td></tr>
<tr><td>住　所</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>既往症</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>身体所見</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>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>胸部X線検査</td><td colspan="3">間接・直接　No.　　月　　日撮影
所見
  </td><td>検尿</td><td>蛋白</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td></td><td>糖</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td></td><td>ウロビリノーゲン</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3"></td><td>血圧</td><td colspan="2">～
mmHg</td></tr>
<tr><td>総合所見</td><td colspan="5"></td></tr>
</table>

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　　㊞

※　氏名、生年月日・年齢、住所は本人が必ず記入してください。
※　黒のボールペンで記入してください。（消せるボールペンは不可）