健 康 診 断 書

1．受診者

氏　　名		生 年 月 日	S.H.　　年　　月　　日（　　歳）
住　　所			

2．診断内容

身 体 測 定	身 長　　cm　　体 重　　kg 視 力（右）　　／（　　）　視 力（左）　　／（　　）
聴　　力	右　　１ｋHz　　ｄＢ，４ｋHz　　ｄＢ 左　　１ｋHz　　ｄＢ，４ｋHz　　ｄＢ
血　　圧	最 高　　最 低 （　　）～（　　）
検　　尿	①たんぱく（　　）　②糖（　　）　③ウロビリノーゲン（　　）

志願者について検診の結果上記の事実を証明する。

平成　　年　　月　　日

医　　師　　㊞