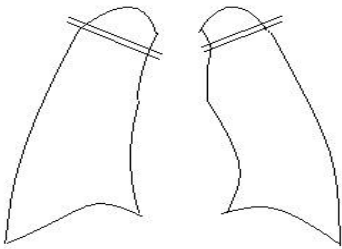


健康診断書			受験番号	※
フリガナ		性別	生 年 月 日	
氏 名		男・女	昭和・平成 年 月 日	
身 長	cm	胸 部 X 線 検 査	番 号	No.
体 重	kg		直接・間接	
視 力	右 ( )			
	左 ( )			
主な既往歴			【結核所見】	
疾病の有無			【結核外】	
			【ツベルクリン反応】	
聴 力	右	<u>判 定</u> 異 常 な し 現 在 心 配 な し 要 観 察 要 精 検		
	左			
一般所見				
尿検査	糖	検査日	平成 年 月 日	
	蛋白			
総合判定				
上記の通り受診したことを証明する 平成 年 月 日 施設名 担当医				

※印欄は記入不要

注：ツベルクリン反応については陽転時期またはBCG接種日をご記入ください