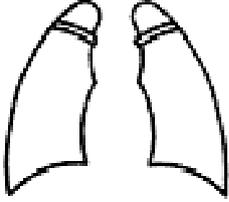


健 康 診 断 書

ふりがな		判 定 検査不要 ・ 要再検 ・ 要精密
氏名		
生年月日	年 月 日生(歳)	
現住所	〒	

診 断 事 項						
視力	右	・ (・)	エ ッ ク ス 線 検 査			
	左	・ (・)				
聴力障害	右	有 ・ 無			そ の 他 の 診 断 事 項	撮 影 : 年 月 日 直接・間接 (所見)
	左	有 ・ 無				
その他の 機能障害	有 ・ 無 (有の場合その内容)		有 ・ 無 (有の場合その内容)			
主な既往症	有 ・ 無 (有の場合その内容)		有 ・ 無 (有の場合その内容)			

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

所 在 地

検査機関名

担当医師名

⑩

記入上の注意について

1. 太枠内は本人自著のこと。
2. この健康診断書の診断事項は、もれなく検診の上、空欄のないよう記入してください。
3. エックス線写真は、証明書発行日の12か月以内に撮影のこと。
なお、妊娠中の者は、エックス線検査を省略して差し支えありませんが、その他の診断事項欄にその旨を記入してください。
4. 主な既往症の欄で、有の場合は罹患時の年齢と内容を記入してください。
5. その他の診断事項の欄は、内部疾患、運動障害又は精神障害で治療を要すると認められるもの、特に注意を要すると認められるものを記入してください。
6. この証明書は、願書受付日前 3か月以内に作成したものであること。