

# 健康診断書

氏名

年 月 日生

1 現在の疾病

2 身体の障害その他  
身体上の故障

3 おもなる既往症

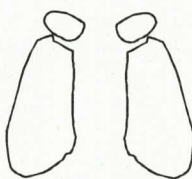
4 視力 裸眼 右 (矯正 )  
左 (矯正 )

5 眼疾

6 聴力 右  
左

7 エックス線検査

8 その他の所見

エックス線像	
直接	間接
	
所見	
健康・要観察・要治療	

検査の結果上記のとおりであることを証明する。

令和 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名

医師氏名

印

注意 証明年月日は選考願書提出前3月以内のものでなければなりません。  
医療機関は公立・私立を問いません。