

健康診断書

氏 名

生年月日 平成 年 月 日 (歳)

身長		cm	四肢及び体幹 の運動障害	
体重		kg		
視力	両眼		腱 反 射	
	右			
	左		心 臓 疾 患	
色 神			呼 吸 器 疾 患	
聴 力			胸 部 X 線	
眼 疾 患			そ の 他 の 疾 病	
耳 疾 患			血 圧	
既 往 歴				
備 考				

令和 年 月 日

検査医師

住 所

氏 名

㊟

(お願い)

1. **体重**は選考の重要なポイントとなりますので正確に測定願います。
※ 体重は下着のみの状態で測定して下さい。
2. **視力**について、**矯正器具を用いる場合は、ソフトコンタクトレンズのみ使用可**として
ています。なお、矯正器具を用いた場合は、その旨記載をお願いします。
3. 心臓疾患及び呼吸器疾患については、聴診による診断をお願いします。
4. 検査値を訂正する場合は、**医師の訂正印**が必要です。
5. 健康診断は、**願書提出前 40 日以内**にお願いします。