

# D票 健康診断書

フリガナ		女	生年月日			
氏名			平成	年	月	日(満歳)
住所	郵便番号( ) 電話番号( )					
	_____					
	_____					

《本診断書記入上の留意事項》

1. 下記の全項目について検診の上、診断結果を記入してください。
2. 診断事項中、異常または特に記入事項がない場合でもその旨を記入してください。
3. 「視力」の欄については、裸眼視力は( )の左側に、矯正視力は( )内に記入してください。
4. その他の疾病および異常の欄には、運動障害、内臓疾患および精神障害等で治療を要するもの、または特に身体活動上注意を要すると認められるものを必ず記入してください。
5. 必ず担当医師の印を押し、厳封して受診者に交付してください。

診断事項			胸部レントゲン	(撮影日) 年 月 日
身長		cm		所見
体重		kg		
視力	右	( )		結核(無・有)
	左	( )		
聴力	右	正常・異常( dB)	異常なし・要観察・要医療	
	左	正常・異常( dB)		
その他の疾病及び異常		有・無		
[健康管理上配慮すべき内容と理由を含む]				
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	住所
				電話
				医療機関名
				医師名
				印

[注] 太枠内を出願者本人が記入し、受診してください。  
 ※この健康診断書は、本セレクション及び選抜後の健康管理の目的以外には使用しません。