健 康 診 断 書

氏　　名

生年月日　　年　　月　　日（　　歳）

身　　長		．　　㎝	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				

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。