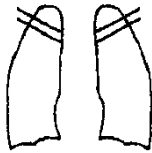


様式第 3 号（第 4 条関係）

健 康 診 断 書

氏 名			男 女	試 験 区 分		
生年月日	年 月 日（ 歳）			受 験 番 号		
身 長	・ cm		血 圧	最 高 値		
体 重	・ kg			最 低 値		
視 力	右	・（矯正 ・ ）		検 尿	糖	－ 土 ＋ 卅 卅
	左	・（矯正 ・ ）			蛋 白	－ 土 ＋
					ウロビリノ	－ 正 ＋ 卅 卅
聴 力	正・難 右 左		潜 血		－ 土 ＋ 卅 卅	
言語障害			既往症			
運動障害			X 線 撮 影	間 接 ・ 直 接 年 月 日		
その他の 疾病異常				フィルム番号No.		所 見
						
聴 打 診						
就業上の注意事項等 総 合 所 見						
上記のとおりであることを証明する。 所 在 地						
検査機関						
年 月 日						
医 師 名 _____ 印						

（注）医療機関等で受診してください。

検査医師へお願い この健康診断書は、密封して受検者にお渡しください。