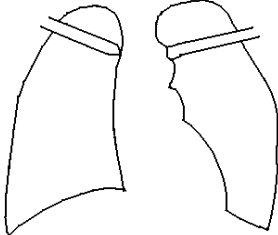


健康診断書

名前		現住所
生年月日		勤務(予定)先 学校法人セントヨゼフ女子学園

身長	. cm		胸部X線		
体重	. kg				
胸囲	. cm				
脊柱					
胸郭					
視力	右	. (.)			
	左	. (.)	所見	10×10	
色覚				直接撮影	
眼疾				その他	
聴力	右		その他の疾患及び異常		
	左		身体障害の有無・程度		
皮膚疾患			既往症		
耳鼻疾患					
検尿	糖		総評		
	蛋白				
	潜血				
血圧					

上記のとおり証明する

年 月 日

機関の所在地

ならびに名称

医師

印