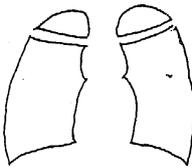


試験日までに提出

# 診 断 書

住 所					
氏 名					
生 年 月 日	年 月 日 ( 才 )				
胸 部 X 線 所 見	撮影日 令和 年 月 日 直接・間接 No.				
					
血 圧		身 長	cm	視 力	右 ( ) 左 ( )
検 尿	糖 ( ) 潜血 ( ) 蛋白 ( ) ウロ ( )	体 重	kg	聴 力	右 ( ) 左 ( )
既 往 歴					
そ の 他 備 考					

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

病 院 名  
所 在 地  
医 師

印