

第 33 期 中小企業診断士コース

※医療機関で健康診断を受診し健康診断書の作成を医療機関へ依頼してください。6か月以内の判定日のある本健康診断書を応募申込書と一緒に郵送してください。

健 康 診 断 書

氏 名： 性別： 男性 ・ 女性

生年月日（西暦）： 年 月 日生 年齢： 歳

身長： cm 体重： kg

血圧：最高 最低 尿：蛋白（ ）糖（ ）

視力：右 左 ※メガネ・コンタクト使用の場合、矯正視力を記入

胸部X線：（直接・間接） 所見（ ）

※6か月以内に人間ドック等で胸部X線を受信している場合は、その診断結果を添付することにより胸部X線の受診を省略することが可能です。その他項目については再度受信し、本診断書への記入を医療機関へ依頼してください。

既往症：

自覚症状：

他覚症状：

総合所見：

本診断書は、約6か月間にわたる研修を心身の健康状態に支障なく受講いただけるかを判断するためにご提出いただいています。

判定日時点の健康状態を上記基準に照らして医師に判断してもらい、総合所見を記入してもらってください。

医療機関名：

医療機関住所：

医療機関電話：

判定医師名： 印

判定日：