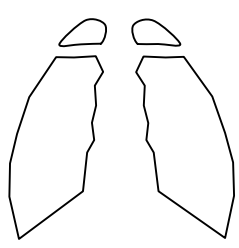


## 御代田町職員採用健康診断書

氏名		男女	生年月日	昭和 平成	年 月 日生( 歳)
住所					
既往症					
感覚器 呼吸器 循環器 消化器 運動器 神経系 その他	所見				
身長	. cm		体重	. kg	
視力	右	.	聴力	右 異常なし	
	矯正 ( . )			異常あり	
	左	.		左 異常なし	
	矯正 ( . )			異常あり	
検尿	蛋白	( )		血圧測定	~ mmHg
	糖	( )			
	潜血	( )			
	ウロビリノーゲン	( )			
胸部X線検査	(所見)			その他の検査	(必要と認める場合)
	異常なし No. _____ 月 日撮影 異常あり  如何				
直接					
間接					
総合所見	就業 (可 ・ 不可)				
備考					
上記のとおり診断します。  <div style="text-align: right; margin-right: 50px;">平成 年 月 日</div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <span>検診機関 所在地</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>名称</span> <span></span> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <span>医師</span> <span style="text-align: right;">Ⓜ</span> </div>					

(受験者へ)

太枠内の氏名、性別、生年月日、年齢、住所を記入してください。

(医療機関各位へお願い)

本状持参者は、御代田町職員採用試験の受験者です。上記項目のすべてについて検診して下さるようお願いいたします。