

# 健康診断書

(島田市職員採用試験)

氏名	男・女	生年月日	昭和・平成 年 月 日		
住所					
身長	cm	視力	裸眼	右	左
体重	kg		矯正	右	左
聴打診		検尿	蛋白 (            ) 糖 (            ) 潜血 (            ) ウロビリノーゲン (            )		
既往症		検血	白血球 (                            ) 赤血球 (                            ×10 <sup>4</sup> ) Hgb (                            g/dℓ ) HTC (                            % )		
現症		総合判定			
胸部X線					
血圧					

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

⑨

◎市立島田市民病院又は公立病院、総合病院で受診してください。

◎病院の担当の方へ (お願い)

この文書は、厳封して下さるようお願いいたします。