

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 ⁴) 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

⑩

◎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。