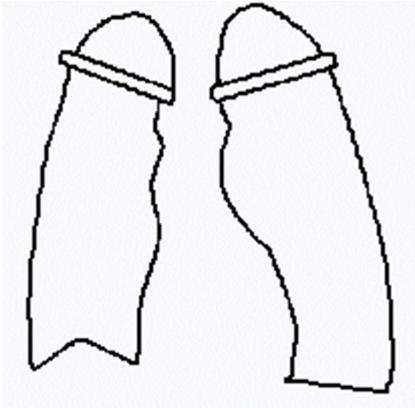


高知県職員採用予定者健康診断書

氏名				男女	住所		
生年月日	昭和 平成	年	月	日	歳		
身長		cm	視力	右 左		(矯正 (矯正))
体重		kg	聴力	右 左	正常・難聴 () 正常・難聴 ()		
病歴	既往				X線撮影		
	年頃				NO. _____		
現在					 <p style="text-align: center;">X線所見</p>		
現症							
感覚器 循環器 体躯・四肢 栄養その他							
血圧	最高	mmhg	最低	mmhg	検尿	糖 ()	蛋白 ()
総合判定							
その他特記すべき事項							
上記のとおり診断します。							
令和 年 月 日							
保健所又は病院の 所在地及び名称							
担当医師 職氏名						印	