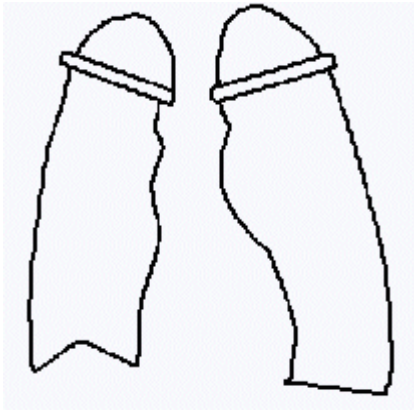


高知県職員採用予定者健康診断書

氏名			男女	住所		
生年月日	昭和	年	月	日	歳	
身長		cm	視力	右	(矯正)	
				左	(矯正)	
体重		kg	聴力	右	正常・難聴 ()	
				左	正常・難聴 ()	
病歴	既往			X線撮影		
	年頃			NO. _____		
現在						
現症						
感覚器 循環器 体躯・四肢 栄養その他				X線所見		
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。						
平成 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