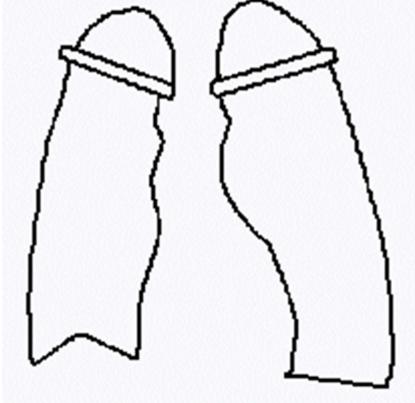


高知県職員採用予定者健康診断書

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		
	現在				NO. _____		
現症					 X線所見		
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	