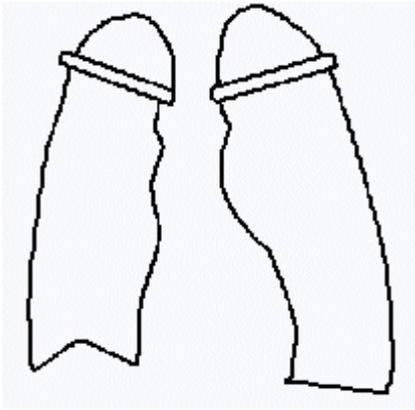


高知県職員採用予定者健康診断書

氏名		男女		住所	
生年月日	昭和 年 月 日 歳				
身長	cm	視力	右左	(矯正)	(矯正)
体重	kg	聴力	右左	正常・難聴 ()	正常・難聴 ()
病歴	既往 年頃			X線撮影 NO. _____	
	現在			 <p>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。 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					