

高知県公立学校定年前再任用短時間勤務職員・暫定再任用職員選考審査用健康診断書

(定年前再任用短時間勤務・暫定再任用選考審査申込者の皆さんへ)

- 1 太枠で囲んでいる部分については、受診前に申込者本人が記入してください。
- 2 全検査項目について受診してください。
- 3 健診結果は密封のまま申込時に申込書に添付してください。
- 4 健康診断にかかる費用については、申込者の負担とします。

(医療機関各位へお願い)

密封・封印のうえ本状持参者に交付して下さるようお願いします。

氏 名	男 女		住 所	
生年月日	昭和 年 月 日 歳	職 業		
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 年 頃		X線撮影 No. _____	
	現 在		X線所見	
現 症 感 覚 器 循 環 器 体 幹 ・ 四 肢 栄 養 そ の 他				
血 圧	最高 mmhg 最低 mmhg	検 尿	糖 ()	蛋白 ()
特記すべき事項				
上記のとおり診断します。 令和 年 月 日 所在地及び医療機関名 担当医師 職 氏 名				
				印