

高知県公立学校再任用職員選考審査用健康診断書

(様式3)

(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いたします。

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	
	現在		No. _____	
現症			X線所見	
	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				
所在地及び名称				
担当医師 職氏名				
				印