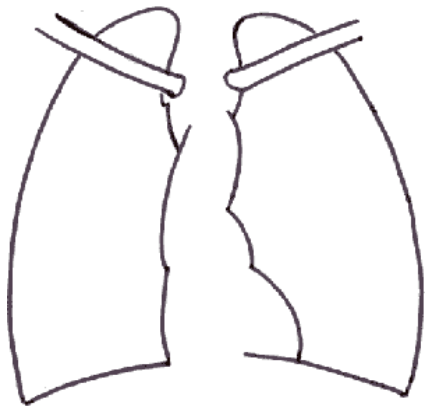


# 公立藤田総合病院応募専用

\*印の検査は必ず実施願います。

身 体 検 査 書 (健康診断書)							
氏 名		昭和 平成	年	月	日生 ( 才)		
住 所	〒						
既 往 症							
体 格	身長	cm	・	体重	kg		
眼	視力	右	( )	・	左 ( ) 色神 疾病		
耳・鼻	聴力	右	・	左	疾病		
皮 膚	*胸部X-P (平成 年 月 日撮影) 						
心 肺							
腹 部							
四 肢							
神 経							
* 血 圧						/	mmHg
* 尿						蛋白 ( ) 糖 ( ) 他 ( )	
疾 病 異 常 判 定							
<p>上記のとおり検査（診断）したことを証明します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">所 在 地</p> <p style="text-align: center;">名 称</p> <p style="text-align: center;">医 師 <span style="float: right;">(印)</span></p>							