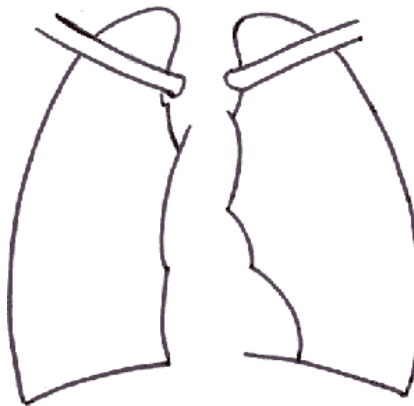


# 公立藤田総合病院応募専用

この身体検査書は公立藤田総合病院応募専用です。

\*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 才 ( )	
住所	〒	
既往症		
体格	身長 cm ・ 体重 kg ・ 胸囲 cm	
眼	視力 右 ( ) ・ 左 ( ) 色神 疾病	
耳・鼻	聴力 右 ・ 左 疾病	
皮膚	*胸部X-P (令和 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		
上記のとおり検査 (診断) したことを証明します。 令和 年 月 日 所在地 名称 医師 (印)		