

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 日生 (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 (平成・令和 年 月 日撮影)	
心 肺		
腹 部		
四 肢		
神 経		
*血 圧		/ mmHg
*尿	蛋白 () 糖 () 他 ()	
*ツ反	陰・陽	
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		