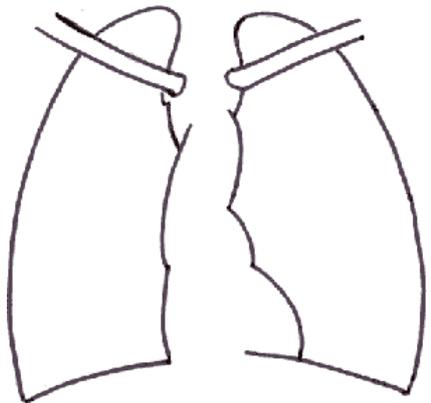


公立藤田総合病院応募専用

*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 (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										
<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;">令和 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 (印)</p>										