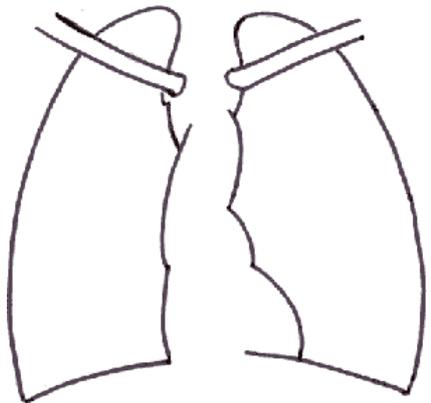


# 公立藤田総合病院応募専用

\*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										
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  <div style="text-align: right; margin-right: 100px;">                         所在地                           名 称                           医 師                     </div> <div style="text-align: right;"> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">印</span> </div>										