

高知県公立学校再任用職員選考審査用健康診断書

(様式2)

(再任用選考審査申込者の皆さんへ)

- 1 太枠で囲んでいる部分については、受診前に申込者本人が記入してください。
- 2 全検査項目について受診してください。
- 3 健診結果は密封のまま申込時に申込書に添付してください。
- 4 健康診断にかかる費用については、申込者の負担とします。

(医療機関各位へお願い)

密封・封印のうえ本状持参者に交付して下さるようお願いいたします。

氏名	男 女		住所				
生年月日	昭和	年	月	日	歳	職業	
身長	cm	視力	右	(矯正)			
			左	(矯正)			
体重	kg	聴力	右	正常・難聴 ()			
			左	正常・難聴 ()			
病歴	既往		X線撮影				
	年頃		No. _____				
現在			X線所見				
現症							
感覚器							
循環器							
体幹・四肢							
栄養その他							
血圧	最高	mmhg	最低	mmhg	検尿	糖 ()	蛋白 ()
特記すべき事項							
上記のとおり診断します。							
平成 年 月 日							
所在地及び名称							
担当医師 職氏名							
印							