

# 伊是名村職員採用候補者 健康診断書

(ふりがな)			
氏名		生年月日	昭和・平成 年 月 日生 (満 歳)
現住所	〒 -		

身長	cm	体重	kg
視力	右 ( ) 矯正視力 ( ) 左 ( ) 矯正視力 ( )	聴力	右 正常・異常 ( ) 左
血圧	～ mmHg	胸部 X線	NO. 所見
検尿	タンパク ( ) ウロビリノーゲン( )	糖 ( ) 潜血 ( )	
現病歴		既往歴	
総合所見	1 異常なし 2 要観察(項目: ) 3 要精密検査(項目: ) 4 要治療(項目: )		
就労に関する 所見	1 通常就労が可能 2 就労に関し所見・留意事項あり ( )		
上記のとおり証明します。 令和 年 月 日 医療機関名 医師名 印			

注1 検査項目において異常のある場合には、詳細を記入してください。

注2 6ヶ月以内の胸部X線撮影を伴う健康診断を受診した方は、医療機関にてその診断結果をこの様式に転記して証明することも可能です。