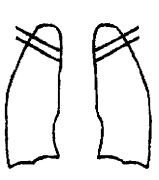


健 康 診 断 書

地方独立行政法人三重県立総合医療センター

氏 名			男 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
身 長	. cm		血 圧	最 高 値		
体 重	. kg			最 低 値		
視 力	右	. (矯正 .)	検 尿	糖	— ± + 卅 卅	
	左	. (矯正 .)		蛋 白	— ± + 卅 卅	
聴 力	右 .			ウロビリ ノーゲン	— 正 + 卅 卅	
	左 .			潜 血	— ± + 卅 卅	
言語障害			既往症			
運動障害			X 線 撮 影	間 接・直 接	年 月 日	
その他の 疾病異常				フィルム番号No.	所 見	
						
聴 打 診						
就業上の注意事項等 総合所見						
<p>上記のとおりであることを証明する。</p> <p>年 月 日</p> <p>所在地 _____</p> <p>検査機関 _____</p> <p>医師名 _____ 印</p>						

(注) 医療機関等で受診してください。

検査医師へお願い この健康診断書は、密封して受検者にお渡してください。