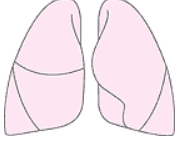


健 康 診 断 書

受験職種	受験番号	氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
助産師・看護師	(記入不要)	生年月日	昭和・平成 年 月 日
既往歴		胸部エックス線検査	直接 No. _____ 間接 No. _____ 
自覚症状			判定所見
他覚症状			
身長	cm	聴力	右 _____ 左 _____
体重	kg	血圧	
視力	右	尿検査	蛋白 - ± + ++ 卅
	左		糖 - ± + ++ 卅
備考			

上記のとおり診断します。

年 月 日

(宛先) 旭川市病院事業管理者

(郵便番号)

—

(電話番号)

病院の住所

病 院 名

医 師 名

印