


健 康 診 断 書

(豊中市職員採用試験受験者用)

(太枠の枠内は、受験者があらかじめ記入してください。)

豊中市提出

職種 () 受験番号 ()		生年月日		年 月 日生 (歳)	
ふりがな		性別	尿検査	糖	
氏名				蛋白	
既往歴			聴力	右	正常 ・ 所見有 ()
現行疾患				左	正常 ・ 所見有 ()
自覚症状			胸部 X 線 検査撮影	No. _____	
他覚症状					
身長	c m			<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div>	
体重	k g				
視力	右	矯正 ()			
	左	矯正 ()			
血圧	mmHg		所見欄		
	mmHg				
総合所見 <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 有所見 ()					
上記のとおり診断します。 診断日 年 月 日 検査機関 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 所在地 名称 医師 </div> <div style="text-align: right;">印</div>					

※費用は受験者の負担となります。

豊中市記入欄	<input type="checkbox"/> 就労可 <input type="checkbox"/> 要再検査 <input type="checkbox"/> 要精密検査 <input type="checkbox"/> その他	所見	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin: 0 auto;"></div>
		産業医	印