健　康　診　断　書

（一般財団法人豊中市医療保健センター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。）

職種			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
現行疾患				左
自覚症状			胸部X線検査撮影	No.
他覚症状				
身長	cm			
体重	kg			
視力	右　矯正（　　） 左　矯正（　　）			
血圧	mmHg mmHg			所見欄

総合所見

□　異常なし

□　有所見（　　）

上記のとおり診断します。

診断日　　年　　月　　日

検査機関

所在地

名　称

医　師　　㊞

※　費用は受験者の負担となります。

医療保健センター記入欄	□　就労可 □　要再検査 □　要精密検査 □　その他	所見（　　） 産業医　　㊞