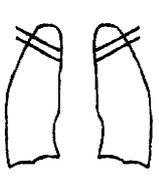


# 健 康 診 断 書

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	— ± + 卍 卍
	左	. (矯正 . )			蛋 白	— ± + 卍 卍
聴 力	右 .		ウロビリノーゲン		— 正 + 卍 卍	
	左 .		潜 血		— ± + 卍 卍	
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 style="text-align: right;">所在地 _____</p> <p style="text-align: right;">検査機関 _____</p> <p style="text-align: right;">医師名 _____ 印</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</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ください。