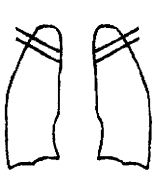


健康診断書

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	－ 士 十 卅 卅	
	左	・ (矯正 ・)		蛋 白	－ 士 十 卅 卅	
聴 力	右 正・難 左 ．			ウロビリ ノーゲン	－ 正 十 卅 卅	
				潜 血	－ 士 十 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						
上記のとおりであることを証明する。 年 月 日 所 在 地 _____ 検 査 機 関 _____ 医 師 名 _____ 印						

(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。