健　康　診　断　書

※太枠内は本人が記入してください。　　（十和田市病院事業職員採用試験用）

氏名	性別 男　女	生年月日 昭和 平成　　年　　月　　日	年齢
住所			

既往症（かかった事のある病気を○で囲み、年齢を記入）

・肺結核（　　歳）
・喘息（　　歳）
・心臓病（　　歳）
・糖尿病（　　歳）
・その他〔　　〕（　　歳）

身　長		cm	貧　血	血色素量	
体　重		kg		赤血球数	
血　圧		～　　mmHg	肝機能	GOT	
視　力 （　）内矯正	右	（　　）		GPT	
	左	（　　）		γ－GTP	
聴　力	右		脂　質	総コレステロール	
	左			トリグリセライド	
心電図所見			尿検査	糖	
				蛋白	
				潜血	
胸部X線所見	直接・間接　No.		医学的所見		
			就労上の 注意事項		

令和　　年　　月　　日

所在地
病院名
医師名　　㊞