

秘

身体検査書

高松市病院局

(医療機関各位へお願い)

本状持参者は、高松市病院局職員公募制度の応募者です。つきましては、下記検査項目により実施して下さるようお願いいたします。なお、検査終了後は、密封のうえ応募者に交付してください。

※氏名	※性別	※生年月日			
		昭和	年	月	日生 (歳)
※現住所					

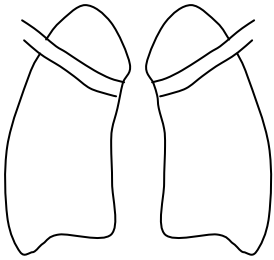
身長	体重	胸囲	聴力	
cm	kg	cm		
言語	視力		眼疾	
	裸眼	右左	矯正	右左

血圧		肝機能検査		
最高	最低	GOT	GPT	γ-GTP
mm/Hg	mm/Hg	(U/l)	(U/l)	(U/l)

血中脂質検査		
LDL	HDL	TG
(mg/dl)	(mg/dl)	(mg/dl)

尿検査		
糖	蛋白	カビリゲン
+++ ++ + -	+++ ++ + -	+++ ++ + N

主たる既往症	(年 月 ~ 年 月)
	(年 月 ~ 年 月)

胸部所見		X線直接撮影 フィルム番号No. (平成 年 月 日撮影)	(所見)

総合判定	勤務の面	A (要療養)	B (要軽業)	C (要注意)	D (健全)
	医療の面	1 (要医療)	2 (要観察)	3 (健全)	
	特記事項				

検査の結果、上記のとおり診断します。					
平成 年 月 日					
医療機関名					
医師名					
印					

(応募者へ)

- ※印欄は、検診の前に応募者が記入してください。
- 検診は、全検査項目について受診してください。
- 身体検査書は、密封したまま高松市民病院事務局に提出してください。
- 身体検査料は、応募者の負担とします。