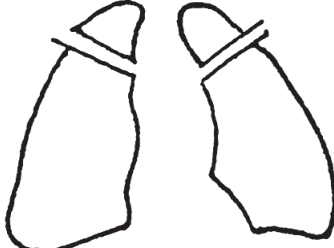


# 宮城県立病院機構職員採用試験健康診断書

(宮城県立病院機構)

※受験番号		※氏名		※性別		※生年月日		※年齢						
				男・女		昭和・平成 年 月 日		歳						
身長		cm		体重		kg		間接撮影 年 月 日 直接 <div style="text-align: center;">  </div> 所見						
既往歴		胸部のX線写真所見と理学的所見				C R P				mg/dl				
眼	視力											左	( )	
												右	( )	
	眼疾													
色覚														
耳	聴力	左												
		右												
	耳疾													
精神状態 言語						血圧		/ mmHg						
体格・栄養						脳神経系								
鼻咽頭						脊柱								
皮膚						胸部								
検尿	蛋白		糖		ウロビリノーゲン		潜血		腹部					
	( )		( )		( )		( )							
		(注) ウロビリノーゲンについては、正常値の場合は(正常)と記入してください。				四肢								
再検		不要・要		再検事項										
備考														
平成 年 月 日														
(医療機関名)														
(住所)														
(医師名)								印						

(注意) ※のところは、受験者が記入すること。