

診 断 書


※裏面「健康診断についての注意事項」を必ず読んでください。

【受験者記入欄】

試 験 名	試験区分	ふりがな		性 別
身体障がい者を対象とする大和村職員採用選考試験	行政職	氏 名		男 ・ 女
		生年月日	昭和 年 月 日 (才)	
現 住 所				

※裏面「健康診断についての注意事項」を必ず読んでください。

【医療機関記入欄】

既 往 歴 及 び 現 病 歴				
自 覚 症 状 等	年 月 日頃から			
身 長 ・ 体 重	cm	Kg		
視 力	右 . 矯正 (.)	左 . 矯正 (.)		
聴 力	右	左		
血 圧	最高 mmhg	最低 mmHg		
検 尿	たんぱく ()	糖 ()		
胸 X 線 検 査	NO 直接・間接 撮影日	年 月 日		
		所 見		
理 学 所 見				
総 合 所 見 及 び 判 定	総合所見			
	判定 <input type="checkbox"/> 就業上支障なし <input type="checkbox"/> 軽度の就業には支障なし <input type="checkbox"/> 就業不可 就業上の注意			
実 施 日	令和 年 月 日			
医 療 機 関 所 在 地 名 称 医 師 名	(印)			

※貴医療機関の封筒に入れて密封のうえ、受診者にお渡しください。

<裏面>

健康診断についての注意事項

【受験者の方へ】

- 1 本診断書の全項目が受診できる医療機関で受診してください。
- 2 受検者記入欄は、受診前に受験者本人が記入してください。
- 3 健康診断に要する費用は、受験者の負担とします。
- 4 医師から受け取った「診断書」の入った封筒は開封せず大和村役場総務課に提出してください。

【医療機関の方へ】

- 1 表面「医療機関記入欄」の検査項目について実施して下さるようお願いします。
- 2 本診断書を密封のうえ、受診者に交付していただきますようお願いいたします。