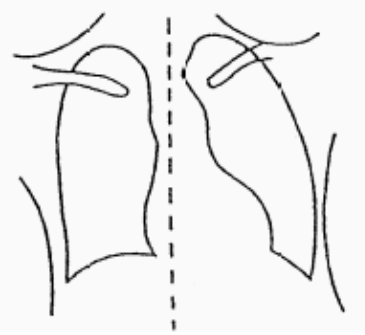
市立東大阪医療センター採用選考健康診断書

職　　種	助産師・看護師	性別		受験番号	
ふりがな 氏　　名		生年 月日	昭和 平成　　年　　月　　日生		
住　　所			TEL		

身　　長	cm	既 往 症	
体　　重	kg		
視　　力	左　　右	胸部レントゲン所見（直接）No.	
矯正視力	左　　右		
色　　覚			
聴　　力	左　　右		
血　　圧	～		
検　　尿	蛋白	糖	
	Ur	潜血	



総合所見	

年　　月　　日

検 査 機 関 住 所

検 査 機 関 名

検 査 員 氏 名（医師）　　印