


# 診 断 書

※ 「身体検査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】**

試験区分	受験番号	ふりがな		性 別
		氏 名		男・女
		生年月日	昭・平 年 月 日( 歳)	
現 住 所				

**【医療機関記入欄】** 貴所(院)の封筒に入れて封印のうえ、受診者にお渡してください。

既往症 及 現病歴				
自覚症状等	平成 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 mm Hg	最低 mm Hg		
検 尿	たんぱく ( )	糖 ( )		
胸 部 X 線 検 査	撮影日 平成 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 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>			
実 施 日	平成 年 月 日			
医 療 機 関 所 在 地 名 称				
医 師 名				印

※ 本診断書をホームページから出力する方は、A4サイズで印刷してください。

## 身体検査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 受験者記入欄は、受診前に受験者本人が記入してください。
- 3 身体検査に要する費用は、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出水総合医療センター事務部経営企画課に提出してください。

### <医療機関の方へ>

- 1 「医療機関記入欄」の検査項目すべてについて実施して下さるようお願いいたします。
- 2 視力において矯正が必要な場合は、矯正視力を記入して下さるようお願いいたします。
- 3 本診断書を密封・封印していただき、受診者氏名を封筒の表面に記入のうえ、受診者に交付して下さるようお願いいたします。