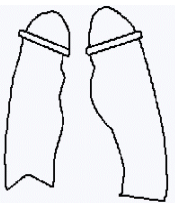


一陽会職員採用試験受験者身体検査票

注)太枠内は受験者があらかじめ記入してください。

* 受験番号			男・女	生年月日 昭和・平成 年 月 日	連絡先住所(〒 _____)
フリガナ			男・女	(検診日現在 満 才)	電話(_____) _____
氏名					
身長	_____ cm		体重	_____ kg	病歴
視力	左	_____ (矯正後 _____)	右	_____ (矯正後 _____)	
聴力	左	_____	右	_____	
血圧	高 ~ 低 _____ ~ _____ mmHg				
尿	蛋白	_____	糖	_____	
X線検査 (直接)	No. _____		所見		既往症
					現在
判定	1	医師による直接又は間接の医療行為を全く必要としない。(通常の勤務に支障はない。)			総合所見
	2	医師による直接の医療行為は必要としないが、定期的に医師による観察指導を受ける必要がある。(通常勤務の可否については、再検査のうえ判断する必要がある。)			
	3	医師による直接の医療行為を必要とする。(通常勤務の可否については、再検査のうえ判断する必要がある。)			
上記のとおり診断します。					
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 所在地 _____					
医療機関名 _____					
医師氏名 _____ (印)					

【参考】勤務概要

職 種	勤 務 の 概 要
	原則として、1日8時間、週40時間の勤務で、病院における左記の職種の業務

* 職種は試験区分を記入すること。