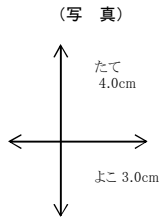


(採用)

# 健康診断書

(検査医の割印)



※太枠内は、受験者本人が受診前にあらかじめ記入しておいてください。

現住所			
氏名			
生年月日	年	月	日 年齢( 歳)

検査年月日 令和 年 月 日

既往歴	尿検査		糖	- ± + ++ ##	
	蛋白質			- ± + ++ ##	
自覚症状	貧血検査		血色素量 (g/dl)		
			赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )		
身長	cm	肝機能検査		GOT (IU/l)	
				GPT (IU/l)	
体重	kg			γ-GTP (IU/l)	
		B M I		LDLコレステロール (mg/dl)	
腹囲	cm	血中脂質検査		HDLコレステロール (mg/dl)	
				トリグリセライド (mg/dl)	
視力	右	( )	血圧 ( mmHg)	/	
( )矯正	左	( )			
聴力	右	1000Hz	所見なし 所見あり→( db)	血糖検査(空腹時) (mg/dl)	
		4000Hz	所見なし 所見あり→( db)	心電図検査	
	左	1000Hz	所見なし 所見あり→( db)	胸部X線検査 (直接撮影)	
		4000Hz	所見なし 所見あり→( db)		
その他の所見		撮影年月日	No.		
医師の指示 及び 就業上の注意事項	就業の可否	可・不可			
	精密検査	要(検査項目: )・不要			

上記のとおり診断いたします。

年 月 日

医療機関名

住所

氏名

