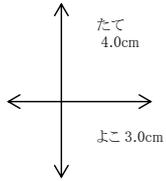


(採用)

# 健康診断書

(検査医の割印)

(写真)



※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	- ± + ++ ###	
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)		
BMI		血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)		
腹囲	cm		HDLコレステロール (mg/dl)		
視力	( )		トリグリセライド (mg/dl)		
( ) 矯正	( )	血圧 (mmHg)	/		
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

