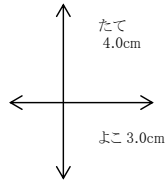


(採用)

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 ³)		
身長	cm	肝機能検査	GOT (IU/l)		
体重	kg		GPT (IU/l)		
BMI			γ-GTP (IU/l)		
腹囲	cm	血中脂質検査	LDLコレステロール (mg/dl)		
			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)		
	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

