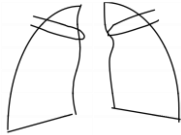



# 健康診断書

※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					TEL (       )       -
生年月日	年	月	日	年齢(    歳)	
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)		
			γ-GTP (IU/l)		
体重	kg	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)		
B M I			トリグリセライド (mg/dl)		
視力	右		血圧 ( mmHg)	/	
	( ) 矯正				( )
聴力	右		血糖検査 (空腹時) (mg/dl)		
	左		心電図検査		
その他の所見		胸部 X 線検査	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			
上記のとおり診断いたします。  <div style="text-align: center;">                     年 月 日                       医療機関名                       住 所                       氏 名                 </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  </div>					