

(採用 様式 1)

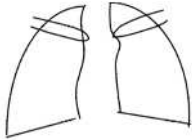
※右欄は採用予定者本人が
提出前に記入すること。

試験区分・教科科目

受験番号

※ 医師の割印

健康診断書

たて 4.0cm よこ 3.0cm (写真)	現住所		TEL				
	氏名						
	性別	男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 年齢 (歳)		
	検査年月日	令和	年	月	日		
既往歴 (発病年齢、病名等)				尿検査	糖	－ 土 + ++ ///	
現病歴 (発病年齢、病名、治療 状況等)		罹患歴 有 ・ 無 ・ 不明 予防接種 有 (回) ・ 無 ・ 不明		貧血検査	蛋白質	－ 土 + ++ ///	
				肝機能 検査	血色素量 (g/dl)		
					赤血球数 (万/mm ³)		
					AST (GOT) (IU/l)		
麻しん				ALT (GPT) (IU/l)			
自覚症状		有 () ・ 無		γ-GTP (IU/l)			
身長		cm		血中脂質 検査	LDLコレステロール (mg/dl)		
体重		kg			HDLコレステロール (mg/dl)		
BMI					トリグリセリド (mg/dl)		
腹囲		cm		血糖検査 (空腹時) (mg/dl)			
視力	右	()		心電図検査 *所見が認められた場合は 心電図波形を添付すること		 No.	
(矯正)	左	()					
血圧 (mmHg)		/		胸部 X 線検査 (直接撮影)			
聴力	右	1000Hz	所見なし 所見あり → (db)	撮影 年 月 日 *所見が認められた場合は レントゲンフィルム デジタル画像を添付すること			
		4000Hz	所見なし 所見あり → (db)				
	左	1000Hz	所見なし 所見あり → (db)				
		4000Hz	所見なし 所見あり → (db)				
その他の所見		有 () ・ 無					
医師の指示 及び 就業上の注意事項		就業上の支障 なし ・ あり (いずれかに○印をつけ、「あり」の場合は内容を記載願います。)					
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 医療機関名 住 所 氏 名							

※ 異常値がある場合は、「医師の指示及び就業上の注意事項」欄に就業上の所見を記載してください。
※ 矯正視力 0.7 未満は再検査が必要です。