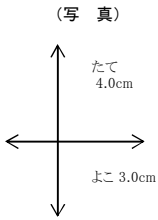


(採用)

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	－ ± ＋ Ⅱ Ⅲ		
		蛋白質	－ ± ＋ Ⅱ Ⅲ		
自覚症状	貧血検査	血色素量 (g/dl)			
		赤血球数 (万/mm ³)			
身長	肝機能検査	GOT (IU/l)			
		GPT (IU/l)			
体重	血中脂質検査	γ-GTP (IU/l)			
		LDLコレステロール (mg/dl)			
BMI	血中脂質検査	HDLコレステロール (mg/dl)			
腹囲		トリグリセライド' (mg/dl)			
視力	血圧 (mmHg)	／			
() 矯正					
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

