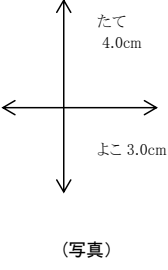
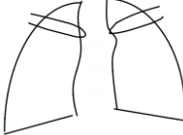


(採用 様式 1)

※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												
			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 + 卅 卅					
現病歴 (発病年齢、病名、治療 状況等)													蛋白質		－ 土 + 卅 卅							
													貧血検査		血色素量 (g/dl)							
															赤血球数 (万/mm ³)							
															肝機能 検査		AST (GOT) (IU/l)					
ALT (GPT) (IU/l)																						
γ-GTP (IU/l)																						
自覚症状			有 () ・ 無		血中脂質 検査		LDLコレステロール (mg/dl)															
身長			cm		HDLコレステロール (mg/dl)																	
体重			kg		トリグリセリド* (mg/dl)																	
BMI																						
腹囲			cm		血糖検査 (空腹時) (mg/dl)																	
視力 (矯正)		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.															
		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。