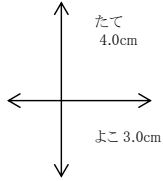


(採用)

# 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				
性別	男・女	生年月日	昭和・平成	年 月 日 年齢 ( 歳)
検査年月日	平成	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 <sup>3</sup> )	
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)	
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 ・ 否
-------------------------	-------------

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日

医療機関名

住所

氏名

