

(採用 様式1)

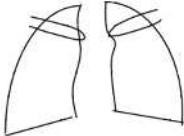
※右欄は採用予定者本人が
提出前に記入すること。

試験区分・教科科目

受験番号

健康診断書

※ 医師の割印

<div><div>↑ たて 4.0cm</div><div>← よこ 3.0cm ↓</div></div> <div>(写真)</div>	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)				蛋白質	－ 土 + ++ ///			
			貧血検査	血色素量 (g/dl)				
				赤血球数 (万/mm ³)				
	麻しん	罹患歴	有 ・ 無 ・ 不明	肝機能 検査	AST (GOT) (IU/l)			
予防接種		有 (回) ・ 無 ・ 不明	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					
(矯正)	左	()						
血圧 (mmHg)		/	胸部 X 線検査 (直接撮影) 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		<div></div> <div>No.</div>			
聴力	右	1000Hz					所見なし	所見あり → (db)
		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 (いづれかに○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。