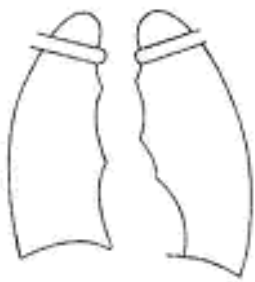


健康診断票

(富士宮市医学生・看護学生修学資金)

氏名				生年月日	昭和 平成	年	月	日	(歳)	
受験番号				性別	男・女					
既往歴				食事の有無	有・無					
身長		cm		血液検査	赤血球数		万/ μ l			
体重		kg			白血球数		/ μ l			
眼検査	視力	右	()		血色素		g/dl			
		左	()		ヘマトクリット		%			
聴力検査		右	左	血液生化学検査	AST		IU/l			
		(所見)			ALT		IU/l			
血圧		/ mmHg			γ -GTP		IU/l			
尿検査	蛋白	-	+		++	+++	T-Chol		mg/dl	
	潜血	-	+		++	+++	中性脂肪		mg/dl	
心電図	(所見)				血糖検査	血糖		mg/dl		
						HbA1c		%		
					自覚症状及び他覚症状					
				異常 (なし・あり)						
X線検査	胸部		(所見)		総合所見					
					(1) 異常なし					
(2) 要観察 (項目:)										
					(3) 要精密検査 (項目:)					
					(4) 要治療 (項目:)					
					就業の可否					
					A 通常業務が可能					
					B 軽度の勤務は支障なし					
					C 就業に支障あり					
					「就業上の注意事項」					
				異常 (なし・あり)						
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">医師名</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 印 </div>										