

# 健康診断票

○ 職員採用試験

ふりがな				生年月日		昭和 平成		年 月 日 ( 歳)	
氏名				性別		男 ・ 女			
受験番号				食事の有無		有 ・ 無			
既往歴				身長		cm			
体重				kg					
眼 検 査	視力	右 ・ ( ・ )		血液 検 査	赤血球数		万/ $\mu$ l		
	色覚	左 ・ ( ・ )			白血球数		/ $\mu$ l		
					血色素		g/dl		
					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			$\gamma$ -GTP		IU/l		
尿 検 査	蛋白質	- + ++ +++			T-Ch o		mg/dl		
	潜 血	- + ++ +++			中性脂肪		mg/dl		
					HDL-C		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 処方薬があればその内容					
				異常(なし・あり)					
X 線 検 査	胸部 (所見)				総合所見				
	(所見)				(1) 異常なし				
(所見)				(2) 要観察 (項目: )					
(所見)				(3) 要精密検査 (項目: )					
(所見)				(4) 要治療 (項目: )					
(所見)				就業の可否					
(所見)				A 通常業務が可能					
(所見)				B 軽度の勤務は支障なし					
(所見)				C 就業に支障あり					
(所見)				「就業上の注意事項」					
(所見)				異常(なし・あり)					
上記のとおり診断します。									
令和 年 月 日				医療機関名					
				医師名					
				印					