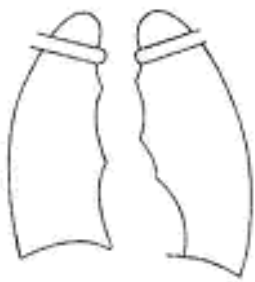


健康診断票

(富士宮市医学生・看護学生修学資金)

ふりがな 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					
体重				kg					
眼 検 査	視力	右・(・)		血液検査	赤血球数		万/ μ l		
		左・(・)			白血球数		/ μ l		
色覚			血色素		g/dl				
			ヘマトクリット		%				
聴力検査		右		血液生化学検査	AST		IU/l		
		左			ALT		IU/l		
		(所見)			γ -GTP		IU/l		
					T-Ch o		mg/dl		
血圧				/		mmHg			
尿 検 査	蛋白	-	+	++	+++				
	潜血	-	+	++	+++				
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)					
上記のとおり診断します。									
				医療機関名					
令和 年 月 日				医師名					
				印					