


富士宮市職員採用試験健康診断票

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/ $\mu$ l			
体重		kg			白血球数		/ $\mu$ l			
眼検査	視力	右	(. .)		血色素		g/dl			
		左	(. .)	ヘマトクリット		%				
聴力検査	色覚	右		血液生化学検査	AST		IU/l			
		左			ALT		IU/l			
(所見)					$\gamma$ -GTP		IU/l			
血圧		/ mmHg			T-Ch o		mg/dl			
尿検査	蛋白	-	+		++	+++	中性脂肪		mg/dl	
	潜血	-	+		++	+++	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						
				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。										
平成 年 月 日				医療機関名						
				医師名						
				印						