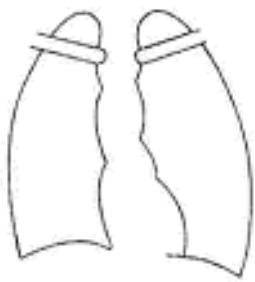


# 健康診断票

(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		c m		血液検査	赤血球数 万/ $\mu$ l	
体重		k g			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 %	
色覚				血液生化学検査	AST IU/l	
聴力検査		右 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)						
<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;"> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 5px;">印</span> </div>						