


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/ 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-Ch o		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:)							
		異常 (なし・あり)		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」						
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						