

富士宮市職員採用試験健康診断票

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				血液検査		赤血球数		万/ $\mu$ l	
眼検査		視力		右 ・ ( ・ )		白血球数		/ $\mu$ l	
		左 ・ ( ・ )		血色素				g/dl	
色覚				ヘマトクリット				%	
聴力検査		右		左		AST		IU/l	
		(所見)				ALT		IU/l	
血圧		/		mmHg		$\gamma$ -GTP		IU/l	
尿検査		蛋白		- + ++ +++		T-Chol		mg/dl	
		潜血		- + ++ +++		中性脂肪		mg/dl	
心電図		(所見)				HDL-C		mg/dl	
						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			
						(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	