

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		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		
尿 検査					T-Ch o		mg/dl		
					中性脂肪		mg/dl		
心電図		(所見)			HDL-C		mg/dl		
					血糖		mg/dl		
X 線 検査		胸部 (所見)		HbA1c		%			
				自覚症状及び他覚症状					
X 線 検査		胸部 (所見)		総合所見					
				(1) 異常なし					
X 線 検査		胸部 (所見)		(2) 要観察 (項目:)					
				(3) 要精密検査 (項目:)					
X 線 検査		胸部 (所見)		(4) 要治療 (項目:)					
				就業の可否					
X 線 検査		胸部 (所見)		A 通常業務が可能					
				B 軽度の勤務は支障なし					
X 線 検査		胸部 (所見)		C 就業に支障あり					
				「就業上の注意事項」					
X 線 検査		胸部 (所見)		異常 (なし・あり)					
				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					
平成 年 月 日				医師名					
				印					