

# 健康診断票

○ 職員採用試験

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		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 ・ ( ・ )		血液生化学検査				血色素		g/dl			
		左 ・ ( ・ )						ヘマトクリット		%			
聴力検査		右 左				AST		IU/l					
		(所見)				ALT		IU/l					
尿検査		蛋白質		- + ++ +++		$\gamma$ -GTP		IU/l					
		潜血		- + ++ +++		T-Ch o		mg/dl					
心電図		(所見)		/ mmHg		中性脂肪		mg/dl					
				血糖検査		血糖		mg/dl					
X線検査		胸部 (所見)		異常(なし・あり)		HbA1c		%					
						自覚症状及び他覚症状 処方薬があればその内容							
X線検査		胸部 (所見)		異常(なし・あり)				総合所見					
								就業の可否					
X線検査		胸部 (所見)		異常(なし・あり)		(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: )		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)		異常(なし・あり)		C 就業に支障あり 「就業上の注意事項」		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。													
令和 年 月 日				医療機関名									
令和 年 月 日				医師名									
印													