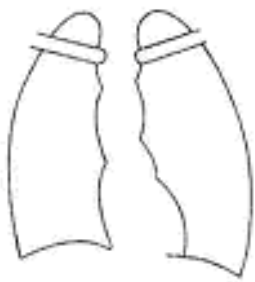


# 健康診断票

(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/ $\mu$ l		
体重		kg			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)					
上記のとおり診断します。									
				医療機関名					
令和 年 月 日				医師名					
				印					