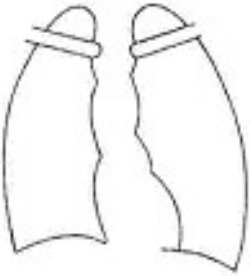


健康診断票

(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		c m		血液検査	赤血球数		万/ μ l
体 重		k g			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		%
色 覚				血液生化学検査	A S T		I U/l
聴 力 検 査		右 左			A L T		I U/l
		(所見)			γ -G T P		I U/l
血 圧		/ mmHg			T-C h o		mg/dl
尿 検 査	蛋 白	- + ++ +++			中性脂肪		mg/dl
	潜 血	- + ++ +++			H D L - C		mg/dl
心 電 図	(所見)			血糖検査	血 糖		mg/dl
					H b A 1 c		%
				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。							
令和 年 月 日				医療機関名			
				医 師 名			
				印			