

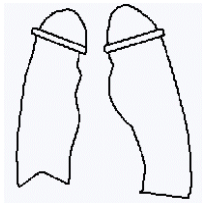
(表面)

採 用 時 健 康 診 断 書

※受診者記入欄

登録番号		男・女	生年月日	年 月 日
氏 名			年 齢	歳
住 所	電話() -			
過去の職歴				

※医師記入欄

既 往 歴 (精神神経系 疾患を含む)	傷 病 名 及 び 治 療 の 経 過				
			発病	年 月 日	
			治癒	年 月 日	
			発病	年 月 日	
				治癒	年 月 日
自 覚 症 状					
他 覚 所 見	(言語障害・奇形・欠損・麻痺・変形等は具体的に)				
身 長	cm	体 重	kg		
腹 囲	cm	BMI 体重(kg)÷身長(m) ²			
血 圧	/ mmHg				
視 力	右 ()	左 ()			
心電図検査	所見 有 (具体的に) ・ 無				
胸部エックス線 検 査 (直接撮影)	フィルム番号 No.		撮影	年 月 日	
			所見(具体的に)		

※「視力」欄は、矯正している場合、()内に矯正視力のみを記入してください。

聴力検査		右	1,000Hz	1 所見なし	2 所見あり
			4,000Hz	1 所見なし	2 所見あり
		左	1,000Hz	1 所見なし	2 所見あり
			4,000Hz	1 所見なし	2 所見あり
尿 検 査		蛋白() 糖() ウロビリノーゲン() 潜血()			
血液検査	貧血検査	赤血球数 ×104/mm3		Hb g/dℓ	
	肝機能検査	AST(GOT) IU/ℓ	ALT(GPT) IU/ℓ		γ-GTP IU/ℓ
	血中脂質検査	LDLコレステロール mg/dℓ	中性脂肪 mg/dℓ		HDLコレステロール mg/dℓ
	血糖検査	空腹時血糖 mg/dl			
その他の検査					

※ 検査項目のうち「尿検査(蛋白)」が「+以上」又は「聴力検査」が「所見あり」の場合は、次の範囲内で同時に第2次検査を行ってください。

第2次検査	尿蛋白が ³ +以上の場合	尿蛋白定量	尿沈査
	聴力検査で所見ありの場合	オージオメータによる精密聴力検査を施行し、オージオグラムを添付してください。	

総 合 所 見	
---------	--

上記のとおり診断する。

令和 年 月 日

所在地

医療機関 名 称

医師名

印

※ 胸部エックス線又は心電図に所見のある場合は、診断書にレントゲンフィルム又は心電図を添付し、受診者にお渡しください。