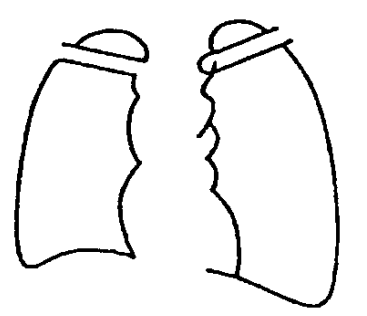


# 健康診断書

採用予定日： 年 月 日

ふりがな 氏名				男・女	生年月日	西暦	年 月 日 (満 歳)				
住所	TEL: ( )										
業務歴					貧血検査	ヘモグロビン	g/dL				
						赤血球数	10 <sup>4</sup> /μL				
既往歴					肝機能検査	AST (GOT)	U/L				
						ALT (GPT)	U/L				
						γ-GTP	U/L				
自覚症状					血中脂質検査	LDL コレステロール	mg/dL				
他覚症状						HDL コレステロール	mg/dL				
						中性脂肪	mg/dL				
体重	kg	腹 囲			血糖検査	mg/dL					
身長	cm	B M I				(食後経過時間: 時間)					
血 圧	/ mmHg				尿 検 査	糖	-	±	+	#	##
視力	右	(矯正 )				蛋白	-	±	+	#	##
	左	(矯正 )			心 電 図 検 査	正常					
聴力	右	1000Hz	所見なし	所見あり		異常 ( )					
		4000Hz	所見なし	所見あり							
	左	1000Hz	所見なし	所見あり							
		4000Hz	所見なし	所見あり							
胸部エックス線検査 (直接撮影)					その他の検査	診断結果： 異常なし ・ 要精査					
	撮影日 年 月 日					付 記：					
所見	正常 異常 ( )				上記のとおり診断します。 年 月 日						
					所在地：						
					医療機関名：						
					医師名： 印						

(検査日及び診断日は採用予定日の3ヵ月前以内であること)