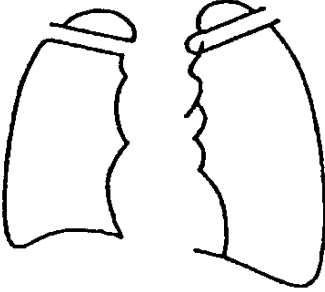


雇用時健康診断書

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 ⁴ /μL	
既 往 歴		肝 機 能 検 査		A S T (G O T)		U/L	
				A L T (G P T)		U/L	
				γ - G T P		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	cm		血糖検査 随時血糖 _____ mg/dL (食後 _____ 時間) HbA1c (NGSP 値) _____ % ※食後 3.5 時間以上経過している場合は不要。	
身 長		cm	B M I				
血 圧		/ mmHg				尿 検 査 糖 ー 士 十 卅 卅 蛋白 ー 士 十 卅 卅	
視 力	右	(矯正)					
	左	(矯正)					
聴 力	右	1000Hz 4000Hz	所見なし 所見なし	所見あり 所見あり	心 電 図 検 査 正常 異常 ()		
	左	1000Hz 4000Hz	所見なし 所見なし	所見あり 所見あり			
胸部エックス線検査 (直接撮影)						その 他 の 検 査	
		撮影日 年 月 日					
所 見		正常 異常 ()				診断結果： 異常なし ・ 要精査 付 記： 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	