


採用時健康診断書

ふりがな			健診年月日	令和 年 月 日							
氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日							
			年齢	歳							
			性別	男 ・ 女							
住所											
身長			既往症及び 業 務 歴								
体重											
腹囲			自覚症状及び 他覚症状の有無								
視力	右	()									
	左	()									
聴力	右	1000Hz	dB	4000Hz	dB	尿 検 査	糖	-	+	++	+++
	左	1000Hz	dB	4000Hz	dB		蛋白	-	+	++	+++
血圧	/		mmHg	撮影年月日 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> 直接 フィルム番号 No.  所見	胸部 エ ク ス 線 検 査 心 電 図						
貧血	赤血球数		万个/μℓ								
	血色素量		g/dℓ								
肝機能	GOT (AST)		IU/ℓ								
	GPT (ALT)		IU/ℓ								
	γ-GTP		IU/ℓ								
血中脂質	LDLコレステロール		mg/dℓ								
	HDLコレステロール		mg/dℓ								
	血清トリグリセリド*		mg/dℓ								
血糖	空腹 ・ 食後 () 時間		mg/dℓ								
総合所見	判定区分 (異常なし・A1・A2・B1・B2・B3・C1・C2・C3・D2・D3)		判定区分及び内容 (生活規制の面) A 勤務を休む必要があるもの B 勤務に制限を加える必要があるもの C 勤務をほぼ平常に行なってよいもの D 平常の生活でよいもの (医療の面) 1 医師による直接の医療行為を必要とするもの 2 定期的に医師の観察指導を必要とするもの 3 医師による直接又は間接の医療行為を必要としないもの								
	機関名										
	医師氏名		印								
備考	喫煙 (有 ・ 無)										

1. 受診日について

採用日前3月以内として下さい。胸部X線撮影を1年以内に受けている場合は、その時の証明書をもって胸部所見に代えることが可能です。

2. 受診について

できるだけ国公立の機関又はこれに準ずる総合病院で受診して下さい。受診の際は、健康保険が適用されないことに御注意下さい。また、受診される場合は、実施日・受付時間・検査項目の受診の可否について予め確認の上受診して下さい(健康診断を行っていないところや、一部の検査項目を実施していないところがあります)。