


健 康 診 断 書

ふりがな			性 別	男 女	生 年 月 日	年 月 日	(歳)
氏 名							
既往歴 および 業務歴			自覚症状 および 他覚症状				
身長			(cm)	体 重			
視 力	裸眼	右	左	聴 力	1000Hz	右	左
	矯正	右	左		4000Hz	右	左
眼 疾			耳 疾				
血 圧			/	(mmHg)	貧血検査	血 色 素 量	(g/dl)
血 糖			(mg/dl)	(空腹時・食後 時間)		赤 血 球 数	(万/ μ l)
血 沈	1H	2H			血中脂質 検 査	総コレステロール	(mg/dl)
血清検査	HBs 抗原					HDL コレステロール	(mg/dl)
	HBs 抗体					中 性 脂 肪	(mg/dl)
	HCV 抗体					G O T	(IU/l)
尿 検 査	糖	-	±	+	2+	G P T	(IU/l)
	蛋 白	-	±	+	2+	γ - G T P	(IU/l)
肝機能 検 査							
心電図所見							
胸部X線 検 査			直接・間接 平成 年 月 日撮影 *選考日前3ヶ月以内の撮影とする			所見	
ツベルクリン反応	(陽性 ・ 疑陽性 ・ 陰性) (最終判定日 年 月 日) ・ 不明						
総合評価							
診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 年 月 日 医療機関住所 医療機関名 医師氏名 </div> <div style="text-align: right;">印</div>							