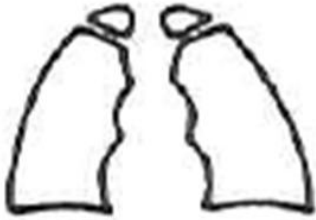


医師氏名	採用(予定)年月日	職種
印	年 月 日	

-----これより上には記入しないでください-----

## 健康診断書

本人記入欄			
フリガナ	生年月日		
氏名	性別	年齢	歳
住所			

医療機関記入欄				健診年月日：							
現在治療中の疾患				既往歴							
喫煙の有無				腎機能検査		クレアチニン(mg/dl)					
身長(cm)				尿検査		蛋白					
体重(kg)						糖					
BMI						潜血					
視力	右	矯正 ( )		心電図							
	左	矯正 ( )									
聴力	右	1000Hz		胸部X線検査							
		4000Hz									
	左	1000Hz									
		4000Hz									
血圧(mmHg)		～						所見    直接撮影			
貧血検査		血色素量(g/dl)									
		赤血球数( $\times 10^4/\mu\ell$ )									
		白血球数( $\times 10^3/\mu\ell$ )									
肝機能検査		ヘマトクリット(%)		その他の検査							
		AST(GOT) (U/l)									
		ALT(GPT) (U/l)									
※血糖検査		$\gamma$ -GTP (U/l)		備考							
		空腹時血糖(mg/dl)									
		ヘモグロビンA1c(%)									

※血糖検査の欄は、いずれかの検査を行うこと。

医師の診断・その他の疾患・異常の所見

診断の結果、上記のとおり相違ないことを証明する。

平成 年 月 日

医療機関住所  
医療機関名  
医師氏名