

ふりがな 氏 名 (※ 1)			生年月日	年 月 日	健診日	年 月 日		
					性別	男・女	年齢	歳
自覚症状				血 圧	mmHg ～ mmHg			
					貧血検査		血色素量 (g／dl)	
他覚症状				貧血検査	赤血球数 (万／mm ³)			
					G O T (IU／l)			
身長 (cm)		.		肝機能検査	G P T (IU／l)			
体重 (kg)		.			γ－G T P (IU／l)			
B M I				血中脂質検査	LDLコレステロール (mg／dl)			
腹 囲 (cm)		.			HDLコレステロール (mg／dl)			
視力 (※ 2)	右	. (.)			トリグリセライド (mg／dl)			
	左	. (.)		血 糖 検 査 (mg／dl)				
聴 力	右	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	尿 検 査	糖			
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり					
	左	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり		蛋 白			
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり					
胸部エックス線検査 (直 接)		撮 影 年 月 日		医 師 の 診 断 (※ 3)				
								フ ィ ル ム 番 号 No.
心 電 図 検 査				医 師 の 意 見 (※ 4)				
								意見を述べた医師の氏名
備 考				医 師 の 所 属 す る 病 院 名 及 在 地				

備 考

- ※ 1 太枠内は受験者が記入すること。
- ※ 2 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。
- ※ 3 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入すること。
- ※ 4 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入すること。