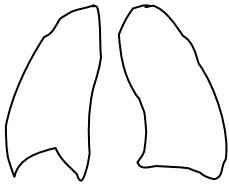


健康診断書 (雇 入 時)

		健診年月日	年 月 日
フリガナ	男・女	生年月日 (年齢)	西暦 年 月 日生 (歳)
氏 名			
住 所			
業 務 歴			
既 往 歴			
自・他覚症状			
身 長	cm	胸 部 X 線 所 見	間接(No.)・直接 
体 重 (BMI)	kg ()		
腹 囲	cm		
遠距離(m) 視 力 ※ 1	右	裸眼 矯正 ()	肝 機 能 検 査 GOT IU/1 GPT IU/1 γ-GTP IU/1 中 性 脂 肪 mg/dl HDLコレステロール mg/dl LDLコレステロール mg/dl
	左	裸眼 矯正 ()	
近距離(cm) 視 力 ※ 1	右	裸眼 矯正 ()	
	左	裸眼 矯正 ()	
眼 位 ※ 2	正 常 範 囲 () 番 , 斜 位		
聴 力	右	1000Hz 正・異 4000Hz 正・異	血 中 脂 質 検 査
	左	1000Hz 正・異 4000Hz 正・異	
血 圧 (脈 拍)	/ mmHg ()		血 糖 検 査 mg/dl
心 電 図			貧 血 検 査 赤 血 球 数 万/μl
尿	糖() 蛋白()		血 色 素 量 g/dl
理 学 的 所 見			
総 合 判 定 医 師 の 意 見			
診断の結果, 上記のとおり相違ないことを証明する。 年 月 日 医 療 機 関 名 所 在 地 電 話 番 号 医 師 (印)			

※1 遠距離及び近距離視力の距離は、健診を受ける病院で受診した距離をご記入ください。
(一方のみの診断でも結構です。)

※2 眼位が受診できない場合は、空欄で結構です。