

# 採 用 時 健 康 診 断 書

氏 名		生年月日	年   月   日	健診年月日	年   月   日		
		性   別	男   :   女	年   齢	歳		
業   務   歴		血   圧   (mmHg)					
		貧   血   検   査	血色素量            (g/dl)				
既   往   歴			赤血球数    (万/mm <sup>3</sup> )				
		肝機能検査	G O T            (IU/l)				
G P T            (IU/l)							
γ - G T P        (IU/l)							
自   覚   症   状		血中脂質検査	LDL コレステロール (mg/dl)				
			HDL コレステロール (mg/dl)				
トリグリセリド    (mg/dl)							
他   覚   症   状		血糖検査 (mg/dl)					
		尿   検   査	糖		-   +   ++   +++		
蛋白			-   +   ++   +++				
身長 (cm)		心 電 図 検 査					
体重 (Kg)							
B   M   I							
腹 囲 (cm)							
視力	右	(            )		医 師 の 診 断			
	左	(            )					
聴力	右 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
聴力	左 1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	医 師 の 意 見			
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり				
胸部エックス線検査						就業の可・否	可   ・   否
備   考							
機   関   名 住   所 電   話   番 医   師   名	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;">             印           </div>						

備考

1 BMI は、次の算式により算出ください。

$$BMI = \frac{\text{体 重 (Kg)}}{\text{身 長 (m)}^2}$$

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 (   ) 内に記入ください。

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ください。

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意見を記入ください。