

# 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)					
既往歴			貧血検査	血色素量 (g/dl)				
				赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )				
自覚症状			肝機能検査	GOT (IU/l)				
				GPT (IU/l)				
				γ-GTP (IU/l)				
他覚症状			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)				
				トリグリセライド (mg/dl)				
身長 (cm)			血糖検査 (mg/dl)					
			尿検査	糖		-	+	++
体重 (Kg)				蛋白質		-	+	++
BMI			心電図検査					
腹囲 (cm)								
視力	右	( )						
	左	( )						
聴力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医師の診断					
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり						
左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり							
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり						
胸部エックス線検査			医師の意見					
			就業の可・否		可 ・ 否			
備考								
機関名 住所 電話番号 医師名	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center;"> <span style="font-size: 20px;">印</span> </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。