

採用時健康診断書

金沢市			試験区分				受験番号				
住 所											
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)							
						血 色 素 量 (g/dl)					
既 往 歴				貧 血 検 査		赤 血 球 数 (万/mm ³)					
						ヘマトクリット (%)					
自 覚 症 状				肝 機 能 検 査		G O T (IU/l)					
						G P T (IU/l)					
						γ - G T P (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)					
						中 性 脂 肪 (mg/dl)					
身長 (cm)				血 糖 検 査 食 後 時 間 ※		血 糖 (mg/dl)					
体重 (kg)						HbA1c (%)					
B M I				尿 検 査		糖		- + ++ +++			
腹 囲 (cm)						たん 蛋 白		- + ++ +++			
胸 囲 (cm)				心 電 図 検 査							
視 力		右 ()									
(矯正)		左 ()		そ の 他 の 法 定 検 査							
色 神											
聴 力		右		1000Hz		1 所見なし 2 所見あり		そ の 他 の 検 査			
				4000Hz		1 所見なし 2 所見あり					
		左		1000Hz		1 所見なし 2 所見あり		医 師 の 診 断		1 異常なし 2 要精密診査 3 要医療	
				4000Hz		1 所見なし 2 所見あり					
胸部エックス線検査 撮 影 年 月 日 フイルム番号		直接検査 年 月 日 No.		医 師 の 判 定		1 通常勤務に耐える 2 軽度の勤務に支障ない 3 就業上の制限あり					
所 見				就 業 上 の 注 意 事 項 等							
				備 考							
令和 年 月 日 所在地											
機関名											
医師名 印											

(指定の機関以外で健康診断を受診する場合)
証明者の方は、当健康診断書は密封のうえ、受診者にお渡し願います。