

# 採用時健康診断書

<b>金沢市</b>		試験区分		受験番号	
住所					
氏名	生年月日	年	月	日	健診年月日
	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	ヘマトクリット (%)			
		G O T (IU/l)			
他覚症状	血中脂質検査	G P T (IU/l)			
		γ - G T P (IU/l)			
身長 (cm)	血糖検査	LDLコレステロール (mg/dl)			
		HDLコレステロール (mg/dl)			
体重 (kg)	食後時間 ※	中性脂肪 (mg/dl)			
		血糖 (mg/dl)			
B M I	HbA1c (%)				
腹囲 (cm)	※血糖検査又はHbA1c検査のいずれかを行うこと				
胸囲 (cm)	尿 検 査		糖	- + ++ +++	
視力	心 電 図 検 査		たん	- + ++ +++	
(矯正)	その 他 の 法 定 検 査		蛋	- + ++ +++	
色 神	その 他 の 検 査				
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	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 フィルム番号	直接検査 年 月 日		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	No.		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。