

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)					
既往歴			貧血検査	血色素量 (g/dl)				
				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				
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり					
胸部エックス線検査	直接検査							
撮影年月日	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
フィルム番号	No.							
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。