

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 |
| | 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) | | | |
| 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 | | |
| 視力 | 右 | () | | 糖 | |
| (矯正) | 左 | () | | たん 白 | |
| 色 神 | | | 心 電 図 検 査 | | - + ++ +++ |
| 聴力 | その他の法定検査 | | | | |
| | 右 | その他の検査 | | | |
| | | 1000Hz | 1 所見なし 2 所見あり | | |
| | 左 | 4000Hz | 1 所見なし 2 所見あり | | |
| 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 | 1 異常なし 2 要精密診査 3 要医療 | | | |
| 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 | |
| フィルム番号 | No. | | 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。