

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)	
				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		1 異常なし 2 要精密診査 3 要医療	
撮影年月日	年 月 日	医 師 の 判 定			
フィルム番号	No.	就 業 上 の 注 意 事 項 等			
所 見				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。