

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			※血糖検査又はHbA1c検査のいずれかを行うこと						
腹囲(cm)		尿 検 査	糖		- + ++ +++				
胸囲(cm)			たん 蛋 白		- + ++ +++				
視力		心 電 図 検 査							
右 ()									
(矯正) 左 ()		そ の 他 の 法 定 検 査							
色 神									
聴力		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	
		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	
胸部エックス線検査		直接検査		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			
撮影年月日		年 月 日							
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。