

健康診断書

住 所		〒 -									
フリガナ				男・女		S・H		年 月 日 生		年齢	
氏 名											
今までにかかった病気 現在治療している病気				貧血検査		血色素量(g/dl)					
						赤血球数(万/mm ³)					
身長 (cm)				肝機能検査		GPT (IU/l)					
体重 (kg)						GOT (IU/l)					
血圧 (mmHg)						r-GTP (IU/l)					
視力	右			血中脂質検査		総コレステロール(mg/dl)					
	左					トリグリセリド*					
色 覚				尿 検 査		蛋白					
聴 覚	右 1000Hz	所見なし・所見あり				糖					
	4000Hz	所見なし・所見あり				潜血					
	左 1000Hz	所見なし・所見あり				ウロビリノーゲン					
	4000Hz	所見なし・所見あり									
胸部 X 線 検査	撮影 年 月 日				心電図検査						
	直接 間接				1 ツベルクリン反応 (測定値を必ず記載)		硬結		mm × mm		
							発赤		mm × mm		
	所見：				硬結無の場合は 0 mm × 0 mm と記入						
					理 学 的 見 地						
							医師の指示による 就業上の注意事項				
					そ の 他						
上記の通り診断します。 平成 年 月 日 医師氏名											

1. ツベルクリン反応について、すでに検査しているものに関してはその結果及び実施日を転記するか、証明となる記録を添付して下さい。 在学期間中のものに限ります