


# 採用健康診断書

[採用予定職種] (受診日 年 月 日)

フリガナ 氏名		男・女	生年月日	昭和 平成 年 月 日生(満才)		
現住所						
身長 cm	体重 kg	ツベルクリン反応 陰性・強陽性・陽性 (実施年月日: 年 月 日)				
既往症			自覚症状			
視力	裸眼		矯正		眼疾患	
	右 左	( ) ( )	( ) ( )	( ) ( )		なし あり——
聴力	右	正常・難聴	( )	耳疾患	なし あり——	
	左	正常・難聴	( )			( ) ( )
胸部X線(直接)			血液検査			
所見  (撮影日: 年 月 日)			赤血球	( )	GOT	( )
			白血球	( )	GPT	( )
内科所見			血色素	( )	γ-GTP	( )
			血小板	( )	総コレステロール	( )
			HBs抗原	( )	中性脂肪	( )
			HBs抗体	( )	血糖	( )
尿検査			HCV抗体価	( )	尿蛋白半定量	( )
			糖半定量	( )	血圧	mmHg/ mmHg
《判定結果》						
異常なし・異常あり:精密検査不要 異常あり:精密検査必要 ( )						
就業可能 ・ 就業不可 付記						
平成 年 月 日		医療機関 名称 住所 医師名				
					印	

注1. 国公立病院・保健所・大学病院・総合病院にて受診のこと  
 2. 血液検査・尿検査については検査結果伝票の添付でも可