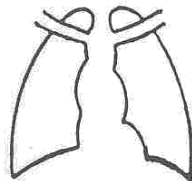


## 採用健康診断書

[採用予定職種 _____ ]		(受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)	
フリガナ 氏名		男・女	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・疑陽性・陽性 ( _____ 歳から・または _____ 年 _____ 月 _____ 日頃から)	
既往症		自覚症状	
視力	裸眼 右 ( ) 左 ( )	矯正 ( ) ( )	眼疾患 なし ( ) あり ( )
聴力	右 正常・難聴 ( ) 左 正常・難聴 ( )		耳疾患 なし ( ) あり ( )
胸部X線(直接) 所見  ..... ..... ..... ..... ..... (撮影日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)		血液検査	赤血球 ( ) GOT ( ) 白血球 ( ) GPT ( ) 血色素 ( ) $\gamma$ -GTP ( ) 血小板 ( ) 総コレステロール ( ) HBs抗原 ( ) 中性脂肪 ( ) HBs抗体 ( ) 血糖 ( ) HCV抗体価 ( )
内科所見		尿検査	尿蛋白半定量 ( ) 糖半定量 ( )
		血圧	mmHg / mmHg
《判定結果》 異常なし・要精密検査 ( )			
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. 親族以外の医療機関で行ってください

注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