

採 用 時 健 康 診 断 書

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	(満 歳)
住 所	TEL : ()					
既往歴			貧血検査	血色素量	g/dl	
				赤血球数	万/mm ³	
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	
				トリグリセライド	mg/dl	
体 重	kg	腹 囲	cm	血糖検査	mg/dl	
身 長					(食後経過時間 : 時間)	
血 圧				白血球数	/mm ³	
視力	右	(矯正)			尿 検 査	糖
	左	(矯正)		蛋白		- ± + # ##
聴力	右	正常・異常 ()		心電図検査	正常 異常 []	
	左	正常・異常 ()			その他の検査	
胸 部 X 線 検 査						
	直接撮影		平成 年 月 日			
	フィルムNO.					
	所見	正常 異常 []				
診断結果： 異常なし ・ 要精査 付 記： 上記のとおり診断いたします。 平成 年 月 日 所 在 地： 医療機関名： 医 師 名：						
						印