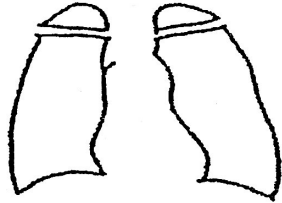


健康診断書					
校種 教科科目		(ふりがな) 氏名		生年 月日	昭和 年 月 日 平成 (歳)
検査 年月日	令和 年 月 日	住所	TEL ()		
既往症			血 圧 (mmHg)		
			貧血検査	血色素量 (g/d)	
自覚症状			肝機能 検査	G O T (IU/)	
				G P T (IU/)	
				- G T P (IU/)	
他覚症状			血中脂質 検査	LDL コレステロール (mg/d)	
				HDL コレステロール (mg/d)	
				トリグリセリド (mg/d)	
身長 (cm)			血 糖 検 査 (mg/d)		
			尿検査	糖	
体重 (kg)				蛋白	
B M I			心 電 図 検 査		
腹 囲 (cm)			言 語 障 害 運 動 障 害		
視力	右	矯正 ()	その 他 の 疾 患		
	左	矯正 ()			
聴力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医 師 の 指 示 及 び 就 業 上 の 注 意 事 項		就 業 可 ・ 不 可
	右 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
	左 4000Hz	1 所見なし 2 所見あり			
胸部エックス線検査	直接撮影年月日 撮影 令和 年 月 日		レントゲン所見		
フィルム番号	No .				
健康診断を実施 した医療機関名 医師の氏名			□	備考	

1 「BMI」は次の算式により算出すること。 BMI = 体重 (kg) / 身長 (m)²

2 「視力」の欄は、眼鏡等使用者については、矯正視力のみ測定し()内に記入してください。