

採用者健康診断書



採用予定機関名			現住所				
職務の種類			(フリガナ) 氏名			性別 男・女	
			生年月日	年 月 日生	年齢	歳	
業務歴			医 師 の 所 見	言語			
既往歴				感染症疾患			
				神経系の疾患			
				循環器の疾患			
自覚症状				消化器の疾患			
身長		cm		全身病			
体重		kg		泌尿器の疾患			
B M I				皮膚の疾患			
腹囲		cm		関節運動器等の疾患			
握力	右()左()計()			家族歴			
視力	右	()	貧血検査	血色素量	g/dl		
	左	()		赤血球数	10 ⁴ /mm ³		
眼疾			肝機能検査	G O T	U / l		
				G P T	U / l		
聴力	右	1,000Hz	1 所見なし 2 所見あり	血中脂質検査	γ - G T P	U / l	
		4,000Hz	1 所見なし 2 所見あり		LDLコレステロール	mg/dl	
	左	1,000Hz	1 所見なし 2 所見あり		HDLコレステロール	mg/dl	
		4,000Hz	1 所見なし 2 所見あり		トリグリセライド	mg/dl	
検査方法		1 オーディオ 2 その他	血糖検査	mg/dl			
耳疾			尿	糖	- ± + ++ +++		
血液型	型			蛋白質	- ± + ++ +++		
血圧	~ mmHg		※ 検 便	虫卵			
ツベルクリン反応	mm			赤痢菌培養			
胸部エックス線検査	直接・間接撮影 年 月 日		心電図検査				
			HBs抗原検出検査				
その他の検査							
抗体価検査			麻疹			検査方法は EIA法(IgGのみ) とし数値で記入 してください	
			風疹				
	水痘						
	ムンプス						
エックス線所見 フィルム番号	No.		総合所見 及び 就業上の 注意事項				

※ 検便は給食業務従事者のみ実施のこと。

上記のとおり診断する。

年 月 日

診 断 機 関

健康診断実施医師氏名

