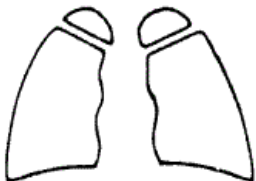


(様式第3号)

健康診断書										
職 種				(フリガナ)				生年 月日	年 月 日 (歳)	
検 査 年 月 日	平成 年 月 日			氏 名						
業 務 歴				住 所	〒 TEL ()					
既 往 歴										
自 覚 症 状				血 圧 (mmHg)						
他 覚 症 状				貧 血 検 査	血 色 素 量 (g/dl)					
				肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)					
					G P T (IU/l)					
身 長 (c m)				血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール (mg/dl)					
体 重 (k g)					HDLコレステロール (mg/dl)					
B M I					トリグリセライド* (mg/dl)					
視 力	右	()		血 糖 検 査 (mg/dl)						
	左	()								
色 覚										
聴 力	右	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	尿 検 査	糖	-	+	++	+++	
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり		蛋 白	-	+	++	+++	
	左	1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	心 電 図 検 査						
		4000Hz	1 所見なし 2 所見あり							
胸部エックス線 検 査	撮影 平成 年 月 日			そ の 他 の 検 査	ツ 反 $\frac{\quad}{\quad}$ x (x)					
	直接 ・ 間接 レントゲン所見				H B s 抗 原 ()					
				水 痘	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明					
				麻 疹	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明					
				風 疹	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明					
				ムンプス	罹患 ・ 未罹患 ・ 抗体(陽・陰) ・ 不明					
				H C V	陽性 ・ 陰性					
	フィルム番号 No.			その他の法定検査						
	健康診断を実施した医療機関名 医師の氏名			医師の意見及び就業上の注意事項						

備考 1. BMIは、次の算式により算出すること(標準値 22)。

$$BMI = \frac{\text{体重(kg)}}{\text{身長(m)}^2}$$

2. 「視力」の欄は、矯正していない場合は()外に、矯正している場合は()内に記入すること。
3. 「血糖検査」については、一般的な血中グルコースの量の検査によるほか、糖化ヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c})の検査によることも差し支えない。仮に、糖化ヘモグロビンA_{1c} (HbA_{1c})の検査を実施した場合は、測定値に「%」を付けて表記すること。
4. 「医師の意見及び就業上の注意事項」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の注意事項について記入すること。

(印)