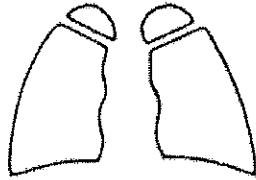


(様式第3号)

健康診断書

職 種			(フリガナ)			生 年 月 日	年 月 日 生		
検 査 年 月 日	平成	年 月 日	氏 名				( 歳 )		
業 務 歴			住 所	〒					
既 往 歴				TEL ( )					
自 覚 症 状			血 圧 (mmHg)						
他 覚 症 状			貧 血 検 査	血 色 素 量 (g/dl)					
				赤 血 球 数 (万/mm <sup>3</sup> )					
身 長 (c m)			肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)					
体 重 (k g)				G P T (IU/l)					
B M I				γ - G T P (IU/l)					
視 力	右	( )	血 中 脂 質 検 査	LDLコレステロール (mg/dl)					
	左	( )		HDLコレステロール (mg/dl)					
色 覚			トリグリセライド (mg/dl)						
聴 力	右	1000Hz	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 ク ス 線 検 査	撮影 平成 年 月 日		そ の 他 の 検 査	ツ 反 $\frac{\times}{\times ( \times )}$					
	直接 ・ 間接			H B s 抗 原 ( )					
	レントゲン所見		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					
			そ の 他 の 法 定 検 査						
			医 師 の 意 見 及 び 就 業 上 の 注 意 事 項						
	フ ィ ル ム 番 号 No.								

備考 1, BMIは、次の算式により算出すること(標準値 22)。

$$B M I = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$

- 「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。
- 「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<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>) 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<sub>1c</sub> (HbA<sub>1c</sub>) 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。
- 「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