


採用前

採用時健康診断

様式

氏名	生年月日		年	月	日	健診年月日	年	月	日						
	性別		男		・	女	年齢		歳						
業務歴			血 圧 (mmHg)												
			貧血検査	血色素量 (g/dl)											
既往歴		肝機能検査		赤血球数 (万/mm ²)											
				G O T (IU/l)											
自覚症状			G P T (IU/l)												
			γ - G T P (IU/l)												
他覚症状			血中脂質検査		総コレステロール (mg/dl)										
					HDLコレステロール (mg/dl)										
身長 (cm)		体重 (kg)		血糖検査 (mg/dl)											
						尿検査		糖		-		+		++	
BMI						蛋白質		-		+		++		+++	
視力	右	()		心電図検査											
	左	()					その他の法定検査			HBs 抗原 (-・+)					
色覚				その他の検査						HBs 抗体 (-・+)					
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			HCV 抗体 (-・+)					
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり	ツ反 (-・+)											
	左1000Hz	1 所見なし	2 所見あり	実施日:平成 年 月 日											
	4000Hz	1 所見なし	2 所見あり												
胸部エックス線検査		直接	間接	健康診断を実施した病院及び医師の氏名 (印)											
フィルム番号		No.		歯科健診											
備考				歯科医師の氏名 (印)											