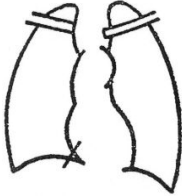


健康診断書

受験番号
(記入不要)

* 太枠内は受験者本人が記入してください

受験区分	現住所					
	ふりがな 氏名					
	生年月日	昭和 平成	年	月	日	(満歳)
スポーツ歴	中学	高校	大学			
既往症	結核性疾患	なし ・ あり (疾患名)				
	その他疾患	なし ・ あり (疾患名)				
現在治療中の疾患名 治療状況等		なし ・ あり	[疾患名・ 治療状況等]			
嗜好	たばこ	吸わない ・ 吸う (1日 本)				
	アルコール	飲まない ・ 飲む (毎日 ・ 週5日程度 ・ 週3日程度) 飲酒量 (日本酒1日 合 ・ ビール1日 本 ・ その他 () 量)				
身長	cm	体重	kg	BMI		
視力 ()は矯正視力	左 () 右 ()	血圧	mmHg ~ mmHg			
聴力	異常なし ・ 所見あり []					
言語	異常なし ・ 所見あり []					
胸部エックス線検査	年 月 日 撮影		<ul style="list-style-type: none"> ・ 異常なし ・ 所見あり [] 		 <p>*所見がある場合フィルム 又はデジタル画像添付</p>	
心電図検査	異常なし ・ 所見あり []					
*所見ありの場合、心電図を添付する						

生化学検査	G O T	Iu/L	血液検査	赤血球数	万/mm ³		
	G P T	Iu/L		白血球数	/mm ³		
	γ-G T P	Iu/L		血色素	g/dl		
	血 糖	mg/dl		血沈 (1時間値) 又はC R P	血沈 mm	CRP mg/dl	
	LDLコレステロール	mg/dl	検尿	蛋 白		糖	
	中性脂肪	mg/dl		ウロビリノーゲン	異常なし 異常あり		
	クレアチニン	mg/dl		沈 査 所 見	異常なし 異常あり		
	H b A1c	(%)					
理学的所見	循 環 器	特記事項なし ・ あり	[]				
	消 化 器	特記事項なし ・ あり	[]				
	脳・神経 精 神	特記事項なし ・ あり	[]				
	運 動 器 奇 形	特記事項なし ・ あり	[]				
	そ の 他	特記事項なし ・ あり	[]				
診断医師の総合意見	就業に関し、配慮を必要とする事項の有無についてご記入ください。 【 無 ・ 有 (具体的事項 :) 】						
	A S D 区分のいずれかに○をつけてください。	内 容					
		A	(健 康) 良好な健康状態であるもの				
		B	(要観察) 定期的に観察指導を要するもの				
		C	(要再検・要精密) 再検査、精密検査を要するもの ※検査する項目に○をつけてください。 1 循環器検査 2 腎機能検査 3 糖代謝機能検査 4 呼吸器検査 5 肝機能検査 6 血液一般検査 その他				
D	(治療中) 治療や服薬等何らかの医療行為を実施しているもの ※疾患名、治療内容を記入してください。						
上記のとおり診断する。 年 月 日 医療機関名 住所 医師名 印							

(注) 数値以外の項目欄はどちらかに○をつけ、所見ありの場合は [] に内容を記入してください。
全項目の検査を行ってください。