

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		c m		体 重	kg		B M I
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 ・ 異常なし ・ 所見あり []  *所見がある場合フィルム 又はデジタル画像添付					
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 A1 c	(%)						
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と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。