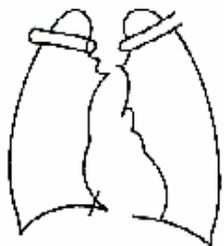


採用時健康診断書

1. 本人記入欄 (記入又は で囲む)

フリガナ		男・女	生年月日	年 月 日生 ()歳
氏名				
現在の健康状態	良好 ・ 普通 ・ 病気治療中 病気治療中の場合、病名・治療状況詳細を下記に記入 ()		業務歴	無 ・ 有 有の場合、職種及び経験年数を下記に記入
既往歴	無 ・ 有 有の場合、年齢及び病名等を下記に記入 ()歳() ()歳() ()歳()			

2. 受診先機関記入欄

身長	cm	体重	kg	胸部レントゲン
視力	右: ()	左: ()		撮影年月日 年 月 日 X-P 直接・間接 判定: 異常なし ・ 異常あり 異常ありの場合、具体的内容を下記に記入 []
色覚	正常・異常	<small>注) 色覚の検査対象は次の職種に限る 臨床検査技師・薬剤師・言語聴覚士・ 視能訓練士・歯科技工士・歯科衛生士・ 臨床心理士</small>		
聴力	右: 正・異 (1000Hz = db, 4000Hz = db)	左: 正・異 (1000Hz = db, 4000Hz = db)		
血压	/ mmHg			
尿検査	蛋白()	糖()		
血液検査	末梢血	RBC () 万/mm ³	心電図 所見	
		WBC () mm ³		
		Hb () g/dl		
		Ht () %		
液	肝機能	GOT () U/I	内科 所見	
		GPT () U/I		
		GTP () U/I		
査	その他	TG () mg/dl	総合 所見	
		TC () mg/dl		
		HDL-C () mg/dl		
		FBS () mg/dl		
上記の通り診断致します。				
年 月 日		所在地 機関名 医師氏名		