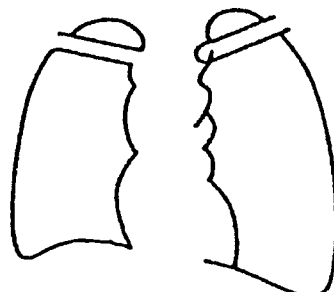


採用時健康診断書

ふりがな 氏名		男・女	生年月日	昭和 平成	年 月 日 (満 歳)		
住所	TEL: ()						
既往歴	貧血検査		血色素量		g/dl		
			赤血球数		万/mm ³		
自覚症状	肝機能検査		G O T		IU/1		
			G P T		IU/1		
			γ-G T P		IU/1		
他覚症状	血中脂質検査		LDL コレステロール		mg/dl		
			HDLコレステロール		mg/dl		
			トリグリセライド		mg/dl		
体重	kg	腹 囲	cm	血糖検査		mg/dl	
身長	cm					(食後経過時間: 時間)	
血 圧	MmHg			白血球数		/mm ³	
視力	右	(矯正)					
	左	(矯正)					
聴力	右	正常・異常 ()					
	左	正常・異常 ()					
胸部 X 線 検査			心電図検査		正常 異常 []		
			その他の検査				
	直接撮影		平成 年 月 日		診断結果: 異常なし ・ 要精査		
	フィルムNO.				付 記:		
所見	正常 異常 []				上記のとおり診断いたします。		
					平成 年 月 日		
					所在地:		
					医療機関名:		
					医師名: 印		