

# 健康診断書

※氏名		※性別		※生年月日		※年齢	
		男・女		昭和 平成		年 月 日 歳	
業務歴				血 圧 (mmHg)			
				貧血検査		血色素量 (g/dl)	
既往歴						赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )	
				肝機能検査		G O T (IU/l)	
自覚症状						G P T (IU/l)	
						γ-G P T (IU/l)	
他覚症状				血中脂質検査		トリグリセライド (mg/dl)	
						HDLコレステロール (mg/dl)	
身長 (cm)						LDLコレステロール (mg/dl)	
体重 (kg)				血 糖		空腹時血糖	
B M I				尿 検 査		糖	
腹囲 (cm) <small>35歳 40歳以上</small>						蛋白	
視力		右 ( )		心電図検査			
		左 ( )					
聴力		右 1000Hz 1 所見なし 2 所見あり		その他の法定検査			
		4000Hz 1 所見なし 2 所見あり					
		左 1000Hz 1 所見なし 2 所見あり		その他検査			
		4000Hz 1 所見なし 2 所見あり					
胸部エックス線検査		直接撮影		間接		年 月 日	
						医師の診断 (異常なし・要精密検査・要治療等)	
						医師の意見 (異常の所見があると診断された場合の就業上の措置等)	
フィルム番号		No.					
備 考							
年 月 日							
(医療機関名)							
				(医師名)		印	

(注意) ※印の欄は、受験者が記入すること

(医療機関の方へ)

1 BMIは、次の算式により算出してください。

$$\text{BMI} = \text{現在の体重(Kg)} \div \text{身長(m)}^2$$

2 「視力」の欄は、矯正していない場合は（ ）外に、矯正している場合は（ ）内に記入してください。

3 「その他の法定検査」の欄は、労働安全衛生規則第47条の健康診断及び労働安全衛生法第66条第4項の健康診断のうち、それぞれの該当欄以外の項目についての結果を記入してください。

4 「医師の診断」の欄は、異常なし、要精密検査、要治療等の医師の診断を記入してください。

5 「医師の意見」の欄は、健康診断の結果、異常の所見があると診断された場合に、就業上の措置について医師の意見を記入してください。