

健康診断書

| | | | | | | |
|--------------------------------------|------|--------|------------|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| ※職種 | ※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) | | | |
| 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/l) | | |
| | | | | G P T (IU/l) | | |
| 他覚症状 | | | 血中脂質検査 | γ-G P T (IU/l) | | |
| | | | | トリグリセライド (mg/dl) | | |
| 身長 (cm) | | | | HDLコレステロール (mg/dl) | | |
| 体重 (kg) | | | | LDLコレステロール (mg/dl) | | |
| 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

(裏面へ続く)

(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。

$$\text{BMI} = \text{体重(kg)} / \text{身長(m)}^2$$

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。