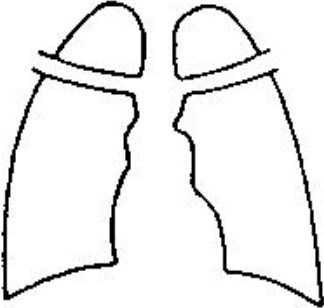


健康診断書

住所					電話番号 () -	
					携帯番号 () -	
力氏名				男 ・ 女	生年月日	
					年 月 日生	
身長	. cm	体重	. kg	BMI		腹囲 . cm
視力	右 . (.)	聴力	右 1000ヘルツ	4000ヘルツ	正常	
	左 . (.)		左 1000ヘルツ	4000ヘルツ	異常	
検尿	・蛋白		・糖		・ウロビリノーゲン	
					・潜血	
血液検査	血色素量(g/dL)	赤血球数($10^4/\mu\text{L}$)	血糖(mg/dL)	血圧	最高	最低
	AST(U/L)	ALT(U/L)	γ -GTP(U/L)	心電図	年 月 日	
	LDL-ch(mg/dL)	HDL-ch(mg/dL)	中性脂肪(mg/dL)			
	所見を記載ください。					
抗体検査	検査日 年 月 日	麻疹	風疹		水痘	ムンプス
	測定方法	EIA(IgG)	H I	EIA(IgG)	EIA(IgG)	EIA(IgG)
	測定値(数値)					
胸部X線所見(間接・直接) 年 月 日撮影			既往歴および自覚症状			
			内科所見			
			所見を記載ください。			
			総合所見			
所見を記載ください。			所見を記載ください。			
上記のとおり証明します。						
年 月 日						
住所						
施設名						
医師名						(印)

※麻疹等の抗体検査につきましては、検査日と測定値を必ずご記入ください。また、検査結果が陽性ではない方につきましては、職業感染予防の観点からワクチン接種されるとともに、接種状況について必ず報告していただきますようご協力お願いいたします。