様式第３号（第５条、第１２条関係）

健康診断書

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住所 | | |  | | | | | | |
| 氏名 | | |  | 生年月日 | 年 　月 　日    月    日 | | 年齢 | | 歳 |
| 健診年月日 | 年 　月 　日 | | 性別 | | 男：女 |
| 業務歴 | | |  | 血圧検査（mmHg） | | | | |  |
| 貧血検査 | | 血色素量(g/dℓ) | | |  |
| 赤血球数(万/mm３) | | |  |
| 既往歴 | | |  | 肝機能検査 | | ＧＯＴ(IU/ℓ) | | |  |
| ＧＰＴ(IU/ℓ) | | |  |
| γ-ＧＴＰ(IU/ℓ) | | |  |
| 自覚症状 | | |  | 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) | | |  |
| 他覚症状 | | |  | 血糖検査(mg/dℓ) | | | | |  |
| 尿検査 | | 糖 | | －　+　++　+++ | |
| 蛋白 | | －　+　++　+++ | |
| 身長（cm） | | |  | 心電図検査 | |  | | | |
| 体重（kg） | | |  | 医師の診断 | |  | | | |
| ＢＭＩ | | |  |
| 腹囲（cm） | | |  |
| 視力 | 右 | | (　　　　)  ) | 健康診断を実施した医師の氏名 | | 印 | | | |
| 左 | | (　　　　)    ) |
| 聴力 | 右　1000Hz  4,000Hz | | １ 所見なし  ２ 所見あり  １ 所見なし  ２ 所見あり | 医師の意見 | |  | | | |
| 左　1000Hz  4000Hz | | １ 所見なし  ２ 所見あり  １ 所見なし  ２ 所見あり |
| 胸部エックス線検査 | | 直接　　　　間接    撮影　　　年　月　日 | |  | |  | | | |
| フィルム番号 | | No. | |
| 備考 | |  | | 意見を述べた医師の氏名 | | 印 | | | |

備考

　１　ＢＭＩは、次の算式により算出すること。

　　　　　　体　重（ｋｇ）

　ＢＭＩ=

　　　　　　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（　）内に記入すること。

３　「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すること。

４　「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、就学上、就業上の措置について医師の意見を記入すること。