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　1000Hz4,000Hz | 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　1000Hz4000Hz | 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。