

## 富士宮市職員採用試験健康診断票

氏 名				生 年 月 日	年 月 日 ( 歳)	
受 験 番 号				性 別	男 ・ 女	
既 往 歴				食 事 の 有 無	有 ・ 無	
身 長		cm		血液検査	赤血球数	万/ml
体 重		kg			白血球数	/ml
眼検査	視力	右 ・ ( ・ )		血液検査	血色素量	g/dl
		左 ・ ( ・ )			ヘマトクリット	%
色覚				血液生化学検査	GOT	IU/l
聴力検査		右 左			GPT	IU/l
		(所見)			γ-GTP	IU/l
血圧		/ mmHg			T-C	mg/dl
尿検査	糖	- + ++ +++		血液生化学検査	中性脂肪	mg/dl
	蛋白	- + ++ +++			HDL-C	mg/dl
胸部X線	胸部 (所見)				心電図	(所見)
	異常(なし・あり)					異常(なし・あり)
総合所見				就業の可否		
(1) 異常なし				A 通常業務が可能		
(2) 要観察(項目: )				B 軽度の勤務には支障なし		
(3) 要精密検査(項目: )				C 就業に支障あり		
(4) 要治療(項目: )				「就業上の注意事項」		
上記のとおり診断します。						
平成 年 月 日				医療機関名		
				医師名		
				印		