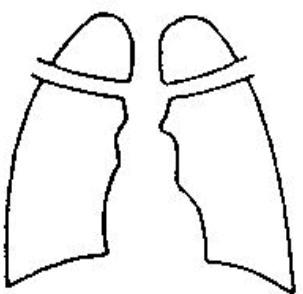


健 康 診 断 書											
住 所						電話番号 () —				携帯番号 () —	
力 氏 名	男 ・ 女					生年月日 年 月 日 生					
検査日	年 月 日					※検査日が入職前3か月以内の診断書をご提出ください。					
身長	. cm		体重	. kg		BMI			腹 囲	. cm	
視 力	右	. (.)		聴 力	右	1000ヘルツ 4000ヘルツ		正常 異常			
	左	. (.)			左	1000ヘルツ 4000ヘルツ					
検 尿	・蛋白 ・糖 ・ウロビリノーゲン ・潜血										
血 液 検 査	血色素量(g/dL)		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 ※入職前3か月以内			
	LDL-ch(mg/dL)		HDL-ch(mg/dL)		中性脂肪(mg/dL)						
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 ※入職前3か月以内 						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 <div style="text-align: right;">医 師 名 ⑩</div>											

※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お願いいたします。