

※本紙使用により別途料金が発生する際は本紙は使用せず、  
受診先医療機関の書式にて診断書の作成をお願い致します。

## 雇 入 時 健 康 診 断 書

氏 名			生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
			性 別	男 : 女	年 齢	歳
業 務 歴			血 圧 (mmHg)			
既 往 歴			貧 血 検 査	血色素量 (g/dl)		
				赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )		
				G O T (IU/l)		
自覚症状			肝機能検査	G P T (IU/l)		
				γ - G T P (IU/l)		
				LDLコレステロール (mg/dl)		
他覚症状			血中脂質検査	HDLコレステロール (mg/dl)		
				トリグリセライド (mg/dl)		
				血 糖 検 査 (mg/dl)		
身長 (cm)			尿 検 査	糖	- + ++ +++	
体重 (kg)				たん ぱく 蛋 白	- + ++ +++	
B M I			心 電 図 検 査			
腹囲 (cm)						
視力	右	( )				
	左	( )				
聴力	右 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり	医 師 の 診 断			
	4000Hz	1 所見なし 2 所見あり				
	左 1000Hz	1 所見なし 2 所見あり				
	4000Hz	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		医 師 の 意 見			
			就 業 の 可 ・ 否		可 ・ 否	
備 考						
機 関 名 住 所 電 話 番 号 医 師 名						

印

### 備考

- 1 BMIは、次の算式により算出ください。

$$B M I = \frac{\text{体 重 (kg)}}{\text{身 長 (m)}^2}$$

- 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 ( ) 内に記入ください。  
 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ください。  
 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、就業上の措置について意見を記入ください。