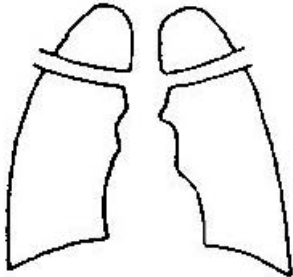


# 健康診断書

＜九州大学様式＞

フリガナ 氏名	生年月日			性別	年齢	雇入年月日				
	西暦 年 月 日			男 女	才	西暦 年 月 日				
住所	〒				連絡先					
身長				cm	既往症					
体重				kg						
腹囲				cm	自覚症状					
BMI					他覚症状					
視力*		右 ( )	左 ( )		胸部所見	<input type="checkbox"/> 間接撮影 フィルム番号 No. _____  <input type="checkbox"/> 直接撮影 フィルム番号 No. _____				
聴力	1000Hz	右 dB	左 dB							
	4000Hz	右 dB	左 dB							
尿 検 査	糖	-・±・+・2+・3+								
	蛋白	-・±・+・2+・3+								
	潜血	-・±・+・2+・3+								
血圧		/		mmHg				撮影日	平成 年 月 日	
脈拍				回/分				所見	_____	
血 液 検 査	血液一般	赤血球数	万/μl					心電図		
		血色素量	g/dl							
		ヘマトクリット	%		総合所見					
	肝機能	白血球数	/μl							
		AST (GOT)	IU/l							
		ALT (GPT)	IU/l							
	脂質	γ-GTP	IU/l			【 就労上の意見等 】				
		総コレステロール	mg/dl							
		中性脂肪	mg/dl							
		HDLコレステロール	mg/dl					平成 年 月 日		
LDLコレステロール		mg/dl				病院名				
代謝系	HbA1c	%		医師名		印				
	尿酸	mg/dl		備考						

※ 「視力」の欄は、矯正している場合は ( ) 内に記入すること。