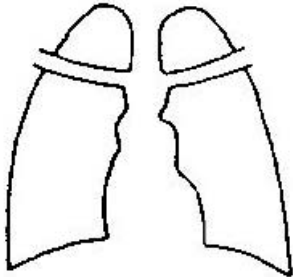


健康診断書

＜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 ()							
聴力	1000Hz	右 dB	左 dB	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. _____				
	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	令和 年 月 日	
脈拍			回/分				所見	_____	
血液 検 査	血液 一般	赤血球数	万/ μ l				心電図	総合所見 【就労上の意見等】 令和 年 月 日 病院名 医師名 印	
		血色素量	g/dl						
		ヘマトクリット	%						
		白血球数	/ μ l						
	肝 機 能	AST (GOT)	IU/l						
		ALT (GPT)	IU/l						
		γ -GTP	IU/l						
		脂 質	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						
LDLコレステロール	mg/dl								
代 謝 系	HbA1c	%		備考					
	尿酸	mg/dl							

※ 「視力」の欄は、矯正している場合は () 内に記入すること。