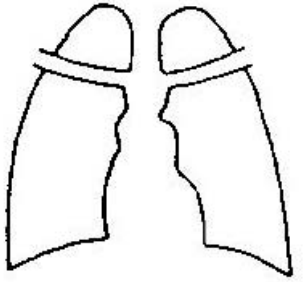


健康診断書

<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	☐ 間接撮影 フィルム番号 No. _____ ☐ 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	令和 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				
		肝機能	ヘマトクリット		%	総合所見	【就労上の意見等】 令和 年 月 日 病院名 医師名 印	
			白血球数		/μl			
	脂質		AST (GOT)		IU/l			
			ALT (GPT)		IU/l			
		γ-GTP		IU/l				
		代謝系	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。