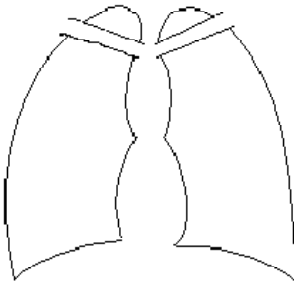


健康診断書

平成 年 月 日

(ふりがな) 氏 名		生年月日 昭和 年 (月 日 歳)		性 別 男 ・ 女	
住 所					
身 長 ・ cm		業 務 歴			
体 重 ・ kg					
視 力 右 ・ (・) 左 ・ (・)		既 往 症			
		自覚症状及び他覚症状			
聴 力 右 1000Hz 4000Hz 左 1000Hz 4000Hz		撮影年月日			
血 圧 検 査 最高 最低		胸 部 X 線 検 査 所見		 直接・間接	
貧 血 検 査 血色素量 赤血球数					
肝機能検査 G O T G P T - G T P					
血中脂質検査	血清総コレステロール				
	HDLコレステロール				
	血清トリグリセライド*				
血 糖 検 査					
尿 検 査 糖 蛋白					
心電図検査					
総 合 所 見		実施機関名			
		医 師 印			
備 考					

注) 裏面参照のこと。

(裏)

「 健 康 診 断 書 」 作 成 要 領

1 . 受診対象者について

本院にて診療に従事する予定の医師については健康診断を受診し，本診断書を提出してください。

2 . 受診日について

申請日の3ヶ月以内に受診して下さい。

なお，上記期間内に本様式に定めている受診が必要な検査項目を受診したことのある方は，その検査結果（医師の証明があるものに限る。）を提出することで「健康診断書」の当該項目のみについて代えることができます。

3 . 検査項目について

裏面「採用時健康診断書」に掲げる項目とします。

「総合所見」は，必ず記入してもらって下さい。