

採用時健康診断書

明星学園

ふりがな 氏名		生年月日	昭和 平成	年 月 日	性別	男・女
住所					年齢	歳
既往症 及び業務歴		自覚症状及び 他覚症状の有無	有 () 無			
身長	cm	肝機能	GOT	U/l		
体重	kg		GPT	U/l		
BMI ※1			γ-GPT	U/l		
視力	右 ()	血中脂質	LDLコレステロール	mg/dℓ		
	左 ()		HDLコレステロール	mg/dℓ		
聴力 ※2	右		血清トリグリセライド	mg/dℓ		
	左	血糖	mg/dℓ			
血圧	/	貧血	赤血球	万/mm ³		
尿	蛋白 () 糖 ()		血色素量	g/dℓ		
心電図		麻疹歴 (母子手帳等確認) ※感染予防のため 麻疹歴のない方は 右記を遵守ください	あり なし なしの場合は抗体検査をした結果 () 抗体検査で抗体が陰性の場合 予防接種年月日 (年 月 日)			
胸部エックス線	フィルム番号 No. <input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 間接 <input type="checkbox"/> DR <input type="checkbox"/> CR	総合所見 (医師の指示、 就業上の注意を含む)	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 軽度所見は認めるが、就業に支障なし <input type="checkbox"/> _____の所見あり 就業に支障あり			
	撮影年月日 令和 年 月 日 所見	(実施年月日)	令和 年 月 日			
		(実施機関名)				
		(担当医師)		㊟		

※ 1 BMIは、次の算式により算出すること。 BMI=体重(kg) / (身長(m) × 身長(m))

※ 2 聴力検査は、1000Hzの30dB、及び4000Hzの30dBで純音を用いて、オーディオメーターで検査すること